



SCUOLA DOTTORALE IN PEDAGOGIA E SERVIZIO SOCIALE
SEZIONE SERVIZIO SOCIALE

CICLO XXIII

**L'integrazione socio-sanitaria
tra norme e prassi operative.
Il caso della regione Lazio**

Dottoranda: Cristina Tilli

A.A. 2010/2011

Tutor: Prof. Marco Buralassi

Coordinatore: Prof. Vittorio Cotesta

Indice

Introduzione	p.	7
PARTE I – L'evoluzione normativa ed il dibattito teorico sull'integrazione socio-sanitaria in Italia		
1. <u>Il quadro concettuale odierno sull'integrazione socio-sanitaria, nella normativa e nella riflessione teorica</u>		
1.1. Una prima definizione terminologica	p.	12
1.2. Il percorso storico	p.	14
1.2.1. Sanitario e sociale nella Costituzione repubblicana	p.	15
1.2.2. Gli anni '70 e '80: dopo la partenza una brusca frenata	p.	16
1.2.3. Gli anni '90: un andamento oscillante	p.	20
1.2.4. Gli anni 2000	p.	32
1.2.5. La riforma del Titolo V della Costituzione	p.	44
1.3. Verso una definizione del concetto	p.	48
2. <u>Alcune possibili prospettive attraverso le quali analizzare la normativa sull'integrazione socio-sanitaria</u>		
2.1. Dagli studi economici ad una prospettiva economica	p.	53
2.1.1. Dal <i>laissez faire</i> al liberismo contemporaneo	p.	55
2.1.2. Per un intervento pubblico in economia	p.	58
2.1.3. La lettura "soggettiva": dall'utilitarismo all'economia del benessere	p.	61
2.1.4. Verso una prospettiva economica	p.	64

2.2. Dagli studi sull'organizzazione ad una prospettiva	
organizzativa	p. 65
2.2.1. Le teorie classiche: organizzazione e razionalità	p. 67
2.2.2. Organizzazione come luogo di relazioni tra soggetti	p. 69
2.2.3. Organizzazioni in relazione con l'ambiente interno ed esterno	p. 71
2.2.4. Organizzazione tra soggettività, culture organizzative e produzione di senso	p. 73
2.2.5. Verso una prospettiva organizzativa	p. 74
2.3. Da una molteplicità di termini ad una prospettiva	
personalistica	p. 75
2.3.1. <i>Persona, individuo, soggetto</i> nello sviluppo del pensiero umano	p. 76
2.3.2. Brevi note sulle definizioni degli utilizzatori dei servizi	p. 80
2.3.3. Il dibattito sul tema nella riflessione teorica e nei principi del servizio sociale	p. 82
2.3.4. Verso una prospettiva personalistica	p. 85
3. <u>Una rilettura del percorso attraverso l'analisi delle diverse</u>	
<u>prospettive</u>	p. 87
3.1. La Costituzione	p. 87
3.2. Gli anni '70 e '80	p. 88
3.3. Gli anni '90	p. 90
3.3.1. La normativa in ambito sanitario	p. 91
3.3.2. La normativa non sanitaria	p. 96
3.4. Gli anni 2000	p. 97
3.4.1. La normativa in ambito sanitario	p. 98
3.4.2. La normativa non sanitaria	p. 99
3.4.3. La normativa dedicata all'integrazione	p. 101
3.5. La riforma del Titolo V della Costituzione	p. 103
3.6. Verso una sintesi delle diverse prospettive	p. 105

PARTE II – Il caso della regione Lazio

Premessa	p.	113
4. <u>L'assetto istituzionale ed il quadro territoriale delle A.S.L.</u>	p.	116
4.1. L'evoluzione del quadro istituzionale dagli anni '70		
ad oggi	p.	116
4.1.1. I primi atti regionali sui servizi socio-sanitari	p.	116
4.1.2. Le normative regionali tra la prima e la seconda		
riforma del Servizio Sanitario Nazionale	p.	117
4.1.3. Le normative tra gli anni '90 ed i primi anni 2000 ...	p.	119
4.1.4. Le normative degli ultimi anni, dal Piano di Rientro		
ad oggi	p.	122
4.2. Dal livello istituzionale all'assetto programmatico ed		
organizzativo	p.	126
4.2.1. I Piani sociali e sanitari	p.	127
4.2.2. L'organizzazione delle U.S.L./A.S.L. tra delibere regionali		
e linee guida per gli atti aziendali	p.	129
4.3. Il quadro territoriale e demografico	p.	133
4.3.1. L'area del comune di Roma	p.	134
4.3.2. L'area della provincia di Roma	p.	140
4.3.3. L'area delle altre province	p.	145
5. <u>L'integrazione socio-sanitaria nella regione Lazio:</u>		
<u>aspetti generali</u>	p.	153
5.1. L'interesse degli attori coinvolti per il tema	p.	153
5.1.1. La presenza nei distretti di una funzione specificamente		
dedicata all'integrazione	p.	154
5.1.2. Da chi è ricoperta la funzione dedicata		
all'integrazione	p.	155
5.1.3. Il rapporto con gli enti locali	p.	157
5.2. Le forme di coordinamento interistituzionale	p.	159

5.3. L'integrazione negli strumenti programmatori	p. 162
5.3.1. Presenza dei temi relativi all'integrazione negli atti di programmazione delle A.S.L.	p. 163
5.3.2. La co-progettazione	p. 165
5.4. I professionisti per l'integrazione	p. 168
5.4.1. Il rapporto tra operatori e popolazione residente ...	p. 168
5.4.2. Le tipologie dei professionisti coinvolti	p. 170
5.5. I destinatari dell'integrazione	p. 173
5.6. Tra il dire e il fare	p. 174
 6. <u>L'integrazione socio-sanitaria nel percorso dell'utente</u>	
<u>nei servizi</u>	p. 176
6.1. L'integrazione nell'accesso ai servizi	p. 176
6.1.1. La diffusione dei punti di accesso integrati	p. 176
6.1.2. I destinatari dell'accesso socio-sanitario integrato ..	p. 179
6.1.3. Gli strumenti di coordinamento tra A.S.L. ed enti locali	p. 180
6.1.4. Gli strumenti operativi per l'accesso integrato	p. 182
6.2. L'integrazione nella valutazione e presa in carico	p. 183
6.2.1. La diffusione delle unità valutative integrate	p. 183
6.2.2. I destinatari delle unità valutative integrate	p. 186
6.2.3. Le figure professionali operanti nelle unità valutative integrate	p. 189
6.2.4. Il casemanager	p. 192
6.3. L'integrazione nelle buone prassi	p. 194
6.3.1. Tipologia delle iniziative	p. 194
6.3.2. I destinatari delle buone prassi	p. 198
6.3.3. I professionisti coinvolti nelle buone prassi	p. 199
6.4. Un percorso ... ad ostacoli?	p. 204

7. Verso un'analisi valutativa dell'integrazione socio-sanitaria	p.	206
7.1. La valutazione dei referenti distrettuali	p.	206
7.1.1. La valutazione globale dei tre livelli	p.	206
7.1.2. I fattori che favoriscono l'integrazione	p.	210
7.1.3. I fattori che ostacolano l'integrazione	p.	215
7.2. La valutazione degli assistenti sociali	p.	221
7.2.1. La valutazione globale e dei tre livelli	p.	221
7.2.2. I fattori che favoriscono l'integrazione	p.	226
7.2.3. I fattori che ostacolano l'integrazione	p.	228
7.3. La valutazione dei testimoni privilegiati	p.	229
7.3.1. L'avvio delle esperienze di integrazione	p.	230
7.3.2. I punti di forza che favoriscono l'integrazione	p.	232
7.3.3. Le criticità che ostacolano l'integrazione	p.	236
7.3.4. La cultura dell'integrazione	p.	244
7.4. Per una valutazione a più livelli	p.	247
Osservazioni conclusive	p.	250
Bibliografia	p.	259
Allegati		

Introduzione

L'integrazione socio-sanitaria non è certo un tema nuovo, nel panorama delle politiche sociali in Italia, ed una prima reazione all'idea di studiarlo potrebbe essere "... ancora? Ma non è già stato detto tutto?".

In realtà, se si tenta di saperne di più chiedendone in giro può capitare di avere delle sorprese. Tra i non addetti ai lavori ad esempio la risposta è per lo più contenuta in uno sguardo interlocutorio, talvolta accompagnato da un'ulteriore domanda tipo "... ma di chi parliamo, di immigrati? ..."; qualcuno più avveduto, attento all'utilizzo delle parole, potrebbe arrivare anche a chiedere "... in che senso, che il sociale deve integrarsi nel sanitario o viceversa?". Diverse le risposte degli addetti ai lavori, che oscillano tra la prima reazione richiamata e l'evidenziare l'attualità del tema; o spostano l'attenzione su uno solo dei due lemmi, "sposando" la causa e l'importanza della sanità o del sociale; o ancora, ondeggiando tra posizioni di tipo rivendicativo ("era ora che qualcuno ne parlasse ..."), ed il pessimismo più nero ("eh, tanto a quelli lì non gli entrerà mai in testa ...").

D'altro canto, che il tema non possa considerarsi concluso o superato è testimoniato, dal punto di vista teorico, dal fatto che continuano ad interessarsene sia la legislazione (regionale in particolare) che la riflessione concettuale, attraverso pubblicazioni e convegni; e dal punto di vista operativo, dai problemi in cui ancora si imbattono gli operatori nel lavoro quotidiano sul campo.

Una difficoltà che sembra emergere in maniera particolare è quella di coniugare teoria e prassi, tanto da far pensare che l'integrazione socio-sanitaria sia solo un sogno, o piuttosto, come diceva un atto normativo della regione Lazio alla fine degli anni '90, una "utopia che ostinatamente si persegue senza successo da anni".

Ma quando si è cresciuti, da un punto di vista formativo, nutrendosi delle teorizzazioni di C. Trevisan sull'Unità Locale (senza troppe "S" al seguito, al massimo una sola a significare "dei Servizi"), rimane dentro un anelito a quella

utopia; ed allora il tema dell'integrazione tra sociale e sanitario può rappresentare una continua spina nel fianco nell'attraversare servizi diversi e trovarsi a sentir definire "controparte" i colleghi dell'altra amministrazione con cui si cerca di lavorare (non siamo nel medioevo, in una disputa tra corporazioni, ma all'inizio degli anni 2000 in una circoscrizione di Roma).

Questi, i motivi principali che hanno suggerito di intraprendere un viaggio alla ricerca dell'integrazione socio-sanitaria; ricerca che si è sviluppata in parallelo in due direzioni: la prima a carattere teorico-concettuale e la seconda a carattere empirico.

Il primo percorso ha preso le mosse inizialmente come semplice necessità di un inquadramento normativo e concettuale del tema, ma ha poi portato, attraverso una serie di approfondimenti, ad esplorare ambiti diversi ed apparentemente distanti: a partire da una prima lettura dell'evoluzione normativa sono infatti emerse alcune possibili prospettive di analisi della stessa, e questo ha richiesto un'apparente divagazione per meglio "entrare" all'interno delle prospettive individuate, e successivamente tornare, con occhi nuovi, a rivedere le norme. In tal senso si ritiene di poter dire che questa parte è stata un vero e proprio viaggio di ricerca: in cui forse la meta non era conosciuta sin dall'inizio, e le tappe tutte programmate, ma ci si è un po' lasciati guidare da ciò che il panorama, intorno, offriva.

Il secondo percorso, a carattere empirico, intendeva andare alla ricerca di come si realizzasse l'integrazione socio-sanitaria in uno specifico contesto territoriale; la scelta è ricaduta sulla regione Lazio – oltre che per una specifica curiosità legata alle esperienze professionali – perché presenta alcune caratteristiche peculiari:

- ✓ una configurazione del tutto particolare da un punto di vista socio-demografico, con il comune di Roma che da solo ospita circa la metà della popolazione residente nell'intera regione (e quasi la metà della popolazione residua che comunque risiede nella provincia di Roma), ed il resto della popolazione (1.500.000 abitanti circa) suddiviso negli oltre 250 comuni delle altre 4 province;

- ✓ a fronte di una separazione “istituzionale” tra gli ambiti sanitario e sociale (gli assessorati regionali sono separati da una trentina d’anni), è venuta sempre più emergendo la prevalenza del primo sul secondo;
- ✓ a partire dal 2007 ha visto un notevole sviluppo della normativa in tema di integrazione socio-sanitaria – promossa, nella quasi totalità, dall’area sanitaria.

Sintetizzando i due percorsi, si potrebbe dire che ciascuno di essi ha cercato di trovare risposte ad una domanda: il percorso teorico si è domandato *che cos’è l’integrazione*, e quello empirico *dove e come si realizza, e perché*.

L’articolazione della tesi segue lo sviluppo di queste due piste; la prima parte, costituita dai primi 3 capitoli, ripercorre le tappe della ricerca teorico-concettuale.

Il capitolo 1, dopo una iniziale definizione terminologica, ripercorre in senso storico l’evoluzione delle normative nazionali che, dalla Costituzione repubblicana ai giorni nostri, hanno predisposto le condizioni, introdotto al tema, descritto e regolamentato l’integrazione tra ambiti sociale e sanitario, parallelamente alle riflessioni degli esperti. Il capitolo si conclude con una sintesi di quelli che si possono considerare, ad oggi, gli elementi concettuali dell’integrazione socio-sanitaria.

Il capitolo 2 rappresenta un’apparente “pausa” dal tema dell’integrazione poiché contiene una sintetica analisi delle diverse linee di pensiero delle tre possibili prospettive di lettura della normativa relativa all’integrazione: la prospettiva economica, quella organizzativa e quella personalistica.

Il capitolo 3 utilizza le prospettive presentate nel cap. precedente per rileggere le normative, cercando di cogliere in ciascuna di esse gli specifici riferimenti attribuibili alle diverse prospettive; si conclude con una sintesi, attraverso la quale comprendere globalmente in quali direzioni si sono mosse le diverse normative nel periodo considerato.

La seconda parte della tesi riguarda specificamente l’integrazione socio-sanitaria nella regione Lazio, indagata attraverso la ricerca empirica.

Si apre con un capitolo, il 4, che presenta una prima introduzione alla realtà regionale, attraverso un sintetico *excursus* delle normative dagli anni '70 ad oggi, seguito da un'analisi dei principali atti in tema di programmazione ed organizzazione dei servizi sociali e sanitari. Il capitolo si conclude con una presentazione dei tratti principali dell'assetto territoriale e demografico delle 12 A.S.L. regionali, e dei relativi distretti.

Con il capitolo 5 si entra nel vivo della ricerca empirica, analizzandone le risultanze a carattere generale, legate all'interesse degli attori istituzionali coinvolti, alle modalità di collaborazione e di co-progettazione, ai professionisti coinvolti ed alle tipologie di bisogni cui globalmente si rivolge, nello specifico caso del Lazio, l'integrazione.

Il capitolo 6 cerca invece di tratteggiare un quadro della realizzazione dell'integrazione osservandola da un punto di vista particolare, quello del *percorso dell'utente* all'interno dei servizi; l'analisi prende in considerazione tre momenti di tale percorso ritenuti particolarmente significativi: l'accesso, la valutazione e presa in carico e gli interventi, quest'ultimi esaminati attraverso l'approfondimento di buone prassi, scelte dagli intervistati.

Il percorso empirico della ricerca si conclude con il capitolo 7, che presenta alcuni elementi a carattere valutativo sull'integrazione nella regione, indagati presso tre differenti tipologie di attori: i referenti distrettuali, gli assistenti sociali, ed alcuni testimoni privilegiati, ovvero gruppi di operatori che lavorano in esperienze di tipo integrato.

Parte I

L'evoluzione normativa ed il dibattito teorico sull'integrazione socio-sanitaria in Italia

1. Il quadro normativo e concettuale odierno sull'integrazione socio-sanitaria

Il tema dell'integrazione socio-sanitaria in Italia è al centro del dibattito degli studiosi da circa 40 anni; e le riflessioni in merito, da qualunque approccio teorico provengano, non possono che interagire con la produzione normativa che più volte, nel corso di questi anni, è intervenuta sul tema.

Si ritiene dunque necessario ripercorrere gli sviluppi del concetto attraverso l'analisi della normativa statale che, a vario titolo, si è interessata – direttamente o indirettamente – al tema dell'integrazione socio-sanitaria: analizzando non solo gli atti che sono intervenuti per definire e normare specificamente tale tema, ma anche quelli che hanno posto delle basi e/o dei presupposti rivelatisi, nel tempo, utili – se non addirittura essenziali – all'attuazione dell'integrazione stessa.

Prima però occorre tentare di rintracciare una preliminare definizione, almeno a carattere terminologico, del tema in oggetto.

1.1. Una prima definizione terminologica

Una definizione iniziale del termine “integrazione” può essere rintracciata attraverso il vocabolario – che al corrispondente verbo *integrare* associa il significato di “rendere qualcosa completo, o più valido, più efficace, aggiungendovi ulteriori elementi”.¹ Una prima ipotesi definitoria rinvia dunque ad un'entità in qualche modo incompleta (che magari lo è stata ma non lo è più ...), o di per sé insufficiente.

In ambito sociale peraltro il termine è stato sovente utilizzato per indicare un processo di inserimento, in un determinato ambito, di chi ne è al di fuori, per motivi diversi: si pensi all'integrazione sociale di disabili, persone affette da disturbi psichici, immigrati, ex detenuti, ecc. Vista in tale prospettiva l'integrazione assume un'impronta che potremmo definire asimmetrica, data dalla impossibilità di una relazione completamente biunivoca tra il tutto (la società) e la parte che in essa si vuole integrata: è il singolo che può integrarsi nella società, e non viceversa.

¹ Zingarelli N., *Vocabolario della lingua italiana*, Zanichelli, Bologna, 1999; p. 920.

Se invece si chiedesse a chi studia i temi dell'integrazione socio-sanitaria di esprimersi sulla relazione tra il sociale ed il sanitario, probabilmente ciascuno – compreso chi scrive – risponderebbe che tale relazione è, deve essere paritaria e biunivoca, e che non c'è qui una “parte” che deve integrarsi in un tutto, ma un reciproco completarsi dei due ambiti. Si vedrà però come nell'evoluzione normativa ciò non sia sempre e del tutto scontato.

Un altro spunto di riflessione viene offerto, come osserva Neve (2002, p. II, 2), dall'origine etimologica del termine: *in-tangere* (= da non toccare) suggerisce un'idea di fragilità, di qualcosa talmente delicato da rompersi facilmente, se maneggiato in maniera maldestra. Come evidenzia la stessa autrice, tale metafora può rivelarsi estremamente utile per indicare

che è così facile ed umano rompere questa integrità che sono richieste continuamente operazioni di aggiustamento (di integrazione) in ogni aspetto della vita sociale, (...) che la ricostruzione del *puzzle*, il processo di integrazione, è un'operazione molto delicata, difficile, comporta di scartare di volta in volta delle tessere, includere quelle che si completano a vicenda ... se ne manca qualcuna non si riesce a dare senso all'insieme ... e c'è anche un problema di collante che mantenga unite nel tempo le tessere ... (Neve, 2002, p. II, 2-3)

Già da questi primi cenni si coglie una relazione tra l'integrazione e la complessità: ovvero, l'integrazione si rende necessaria là dove le problematiche da trattare sono diversificate, ed occorre *mettere insieme* parti differenti e composite:

I problemi sociali sono problemi complessi ovverosia non soltanto complicati ma soprattutto fondati su intrecci assai articolati e sfaccettati di cause e di concause, di fattori determinanti e surdeterminanti, di interazioni tra le diverse componenti del problema e il contesto di riferimento. Un problema complesso, ovverosia non riconducibile ad uno ed un solo aspetto privilegiato da affrontare, necessita di approcci operativi altrettanto complessi sul piano metodologico (approcci multidisciplinari e sistemici) e di organizzazioni (erogatrici di quegli approcci) altrettanto complesse (ovverosia fortemente articolate sia a livello verticale che orizzontale). (Beccastrini, 1996, 66)

L'altro aspetto della questione è costituito dai termini sociale e sanitario, su cui sarà possibile effettuare i dovuti approfondimenti attraverso l'analisi delle normative; per il momento è sufficiente una precisazione introduttiva circa la locuzione "socio-sanitaria".

Già nella trasposizione grafica della stessa troviamo infatti diversificazioni tra gli autori, che oscillano da una lettura di assoluta separatezza (socio sanitaria) ad una che privilegia l'unitarietà (sociosanitaria), con la versione per così dire intermedia in cui i due termini sono separati da un trattino. Come acutamente osserva Banchemo (2005, 117), la diversa grafia spesso sottende differenti impostazioni di pensiero circa i rapporti tra le due aree considerate. In questa sede, pur condividendo con l'Autrice la necessità di un legame solido tra gli ambiti sanitario e sociale "soprattutto ai fini di una reale tutela della salute, nella considerazione dell'unicità dell'individuo", si è ritenuto più appropriato, alla luce del cammino non ancora compiuto in tal senso, indicare i due termini separati (ma anche fortemente uniti ...) dal trattino.

1.2. Il percorso storico

Il cammino della legislazione sull'integrazione socio-sanitaria in questi anni, come sovente avviene in campo normativo, non ha avuto un andamento lineare; ha invece percorso strade talvolta diverse tra loro, con ritorni sui propri passi e balzi in avanti.

L'exkursus che segue ha inizio dai fondamenti delle politiche sociali e sanitarie rintracciabili nella Carta Costituzionale del 1948, per poi snodarsi sino ai giorni nostri.

Per ogni normativa verranno evidenziati i principali elementi che la caratterizzano ed i riferimenti – diretti o indiretti – alle tematiche inerenti l'integrazione socio-sanitaria, cercando di cogliere le linee di tendenza generali.

1.2.1. Sanitario e sociale nella Costituzione repubblicana

In seguito alla riforma del Titolo V della Costituzione, operata nel 2001, molti studiosi si sono interrogati su quale ricaduta ciò potesse avere sulle politiche sociali e sanitarie, e sull'integrazione socio-sanitaria; e di questo si vedrà più avanti. È però almeno altrettanto importante vedere, all'inizio di questa analisi, su quali fondamenti costituzionali si basano le normative che verranno prodotte dagli anni '70 in poi.

Già nei *Principi fondamentali* posti all'inizio della Costituzione troviamo i pilastri su cui si baserà l'articolazione del sistema dei servizi, ed in particolare negli articoli 2 e 3: nel primo, la Repubblica si impegna a riconoscere e garantire i diritti inviolabili dell'uomo, richiedendo nel contempo "l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale"; nel secondo viene enunciato il cosiddetto principio di *eguaglianza sostanziale*, lì dove accanto alla previsione dell'uguaglianza dei cittadini di fronte alla legge viene indicato come compito della Repubblica quello di "rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana". Tali articoli, collocati tra i capisaldi della Costituzione, sono estremamente significativi per il sistema dei servizi: come ben osserva Ghiringhelli, "essi presuppongono, infatti, un sistema integrato di servizi alla persona che, sebbene operanti in settori diversi, sono accomunati dal fatto di considerarla in modo unitario, cioè nella globalità delle sue esigenze ed aspirazioni" (Ghiringhelli, 1988, 38).

Nella *Parte I* si trovano i due articoli specificamente dedicati alla tutela della salute (art. 32) ed all'assistenza sociale (art. 38), per i quali la diversità di collocazione e di formulazione da un lato risentono forse del diverso peso attribuito alle due tematiche, e dall'altro ne condizionano i futuri sviluppi. Il diritto alla salute è infatti inserito all'interno dei *Rapporti Etico-Sociali* e viene configurato come "fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività", per la cui tutela lo Stato deve attivarsi, anche garantendo cure gratuite agli indigenti. L'art. 38 (inserito all'interno dei *Rapporti Economici*) prevede invece il diritto "al mantenimento e

all'assistenza sociale" per "ogni cittadino² inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere".

Il quadro che pare emergere dal raffronto tra questi due articoli complica un po' le prospettive che si potevano ipotizzare dalla sola lettura dei principi fondamentali: di fatto, quando si entra più nel dettaglio, la salute continua ad essere un diritto fondamentale, ed in quanto tale immediatamente esigibile (Durante, 2004; Luciani, 1980); mentre l'assistenza (oggi diremmo: i servizi sociali) resta "un diritto assoluto esclusivamente a favore di chi è sprovvisto di mezzi necessari di vita" (Mattioni, 2007, 10), e purché sia cittadino italiano. Gli studiosi peraltro mettono in evidenza come il diritto alla salute espresso dall'art. 32 non vada inteso unicamente come assenza di malattie, ma come una "più complessiva situazione di equilibrio psico-fisico", implicando così "una stretta integrazione tra servizi sociali e sanitari mediante una reale unitarietà di azione: solamente in questa prospettiva si può affrontare in modo globale la tutela della persona" (Ghiringhelli, 1988, 42-43). Tale ipotesi, pur costituendo un'importante premessa per l'integrazione socio-sanitaria, pone i servizi sociali in una posizione ancillare rispetto ai servizi sanitari, con conseguenze importanti circa la pari dignità dei relativi servizi. Vedremo che la storia degli anni successivi si svilupperà proprio in questa direzione.

1.2.2. Gli anni '70 e '80: dopo la partenza una brusca frenata

In questo ventennio ha inizio una produzione normativa specifica per l'ambito sanitario, ed anche sul versante degli Enti Locali si iniziano a porre elementi e condizioni, che favoriscono il successivo sviluppo di processi di integrazione. L'evolversi normativo presenta – dopo un iniziale momento di forte impulso, coincidente con la fine degli anni '70 – una sorta di "frenata", legata principalmente alla sostenibilità economica dei servizi a cui si era dato avvio.

a) Gli anni '70

La nascita dei presupposti per l'integrazione socio-sanitaria così come oggi la intendiamo viene concordemente identificata, dagli studiosi (Balboni et al., 2007;

² Si noti la più ampia accezione del termine *individuo* rispetto a quella di *cittadino*.

Banchero, 2005; Bissolo, Fazzi, 2005; Burgalassi, 2006; David, 1989; Degani, 1999; Ghiringhelli, 1988; Guiducci, 1999), alla fine degli anni '70³.

Sono di quel periodo infatti il D.P.R. 616/77⁴ e la L. 833/78⁵.

Il primo attua il trasferimento alle regioni e, tramite esse, agli enti locali (province, comuni e comunità montane) delle funzioni amministrative in un'ampia gamma di materie – già indicate nell'art. 117 della Costituzione – riunificandole in quattro settori organici; uno di essi, denominato «servizi sociali», ricomprende al suo interno, tra gli altri, la «beneficenza pubblica» (gli attuali servizi sociali) e l'«assistenza sanitaria ed ospedaliera». Il D.P.R. 616 costituisce in tal modo una tappa fondamentale per i servizi sociali, come oggi li intendiamo, perché l'attribuzione riunifica in capo agli enti locali (di fatto, per la quasi totalità ai comuni) tutte quelle competenze che nei decenni precedenti erano state disperse in oltre sessanta enti a carattere nazionale e settoriale (nel campo dell'assistenza all'infanzia, come esempio, si possono ricordare l'O.N.M.I. e l'E.N.A.O.L.I.), nonché nelle I.P.A.B. create dalla c.d. Legge Crispi (L. 6972/1890).

La L. 833/78 si pone, sin dal suo primo articolo, in assoluta continuità di principi con il dettato dell'art. 32 della Costituzione, richiamandolo esplicitamente anche nella formulazione, e si propone dunque quale strumento attuativo dello stesso art. 32. Parallelamente a quanto avvenuto con il D.P.R. 616, la L. 833 riunifica le competenze in materia sanitaria – sino ad allora suddivise nelle diverse mutue nate a tutela di singole categorie – nel Servizio Sanitario Nazionale, 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

³ Baroni correttamente evidenzia che sino ai primi del '900 gli interventi di carattere sia sanitario che sociale rientravano nella sfera della beneficenza pubblica, e quindi tutte le attività di servizio alla persona erano riferite all'unica competenza comunale. Tale assetto si modifica radicalmente con l'introduzione dell'assicurazione obbligatoria contro la malattia – la cui gestione viene affidata alle mutue a carattere nazionale – mentre i servizi socio-assistenziali restano di competenza dei Comuni (Baroni, 2007, 47-48). In proposito si veda anche David (1989).

⁴ “Attuazione della delega di cui all'art. 1 della L. 22 luglio 1975, n. 382”.

⁵ “Istituzione del servizio sanitario nazionale”.

che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio" (art. 1). La legge istituisce dunque le Unità Sanitarie Locali, luogo e strumento per la gestione unitaria della tutela della salute, nei suoi diversi aspetti (dalla prevenzione alla cura alla riabilitazione).

Andando a vedere gli specifici riferimenti, all'interno di queste due norme, che hanno attinenza con l'integrazione socio-sanitaria, si può notare come attraverso di esse si inizino a ri-creare le premesse affinché questa si possa realizzare. In tal senso – oltre all'effetto facilitatore dato dalla riunificazione delle competenze operative in capo a soli due enti (il comune e la U.S.L.) – si possono evidenziare in particolare alcune disposizioni:

- ✓ nel D.P.R. 616/77, l'art. 25 che, nello stabilire l'attribuzione ai comuni di "tutte le funzioni amministrative relative all'organizzazione ed alla erogazione dei servizi di assistenza e beneficenza", dà alla regione il compito di determinare, sentiti i comuni interessati, gli ambiti territoriali adeguati alla gestione – contestuale – dei servizi sociali e sanitari;
- ✓ nella L. 833/78 troviamo maggiori riferimenti: dall'esigenza di assicurare, nel S.S.N., il coordinamento con tutti gli altri organi che "svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività" (art. 1); alla necessità, analogamente a quanto previsto dal D.P.R. 616/77, che "gli ambiti territoriali delle U.S.L. coincidano con gli ambiti territoriali di gestione dei servizi sociali" (art. 11); alla previsione che "le funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria sono attribuite ai comuni, che le esercitano mediante le U.S.L." (art. 13), che dunque sono "struttura operativa dei comuni, singoli o associati, e delle comunità montane" (art. 15). In particolare appaiono interessanti queste ultime due disposizioni, che prefigurano un assetto in cui – al di là della suddivisione delle competenze gestionali ed operative – l'ente locale è il referente ultimo di tutti gli aspetti, sia sanitari che sociali.

b) Gli anni '80

L'avvio del Servizio Sanitario Nazionale, disegnato dalla L. 833/78, comporta da subito un aumento del volume di spese (non solo per la necessità di implementare servizi e strutture, ma anche a causa del meccanismo del ripiano del debito a piè di lista, nonché della gestione per lo più politica delle U.S.L.); e ciò rende ben presto necessario “correre ai ripari”.

La prima norma che si muove in tal senso è la L. 730/83 (Legge finanziaria 1984), che adotta una serie di provvedimenti anche in campo sanitario (tra cui, ad esempio, l'attribuzione alle regioni della competenza di ripianare, con i propri fondi, i debiti delle U.S.L.); in questo ambito rientra anche la previsione dell'art. 30, che si premura di definire i rapporti tra enti locali e U.S.L. stabilendo che, qualora i primi decidano di avvalersi delle seconde per l'esercizio delle proprie competenze nelle attività di tipo socio-assistenziale, “devono farsi completamente carico del relativo finanziamento”. Stabilisce inoltre che “gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali sono a carico del fondo sanitario nazionale”.

Quest'ultima previsione della L. 730/83 trova nel D.P.C.M. 8/8/85⁶ una più puntuale esplicitazione; viene infatti qui chiarito che cosa si debba intendere per attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali: tutte quelle attività che, pur rientrando nella sfera dei servizi socio-assistenziali, si sostanzino in interventi diretti comunque alla tutela della salute, e siano di fatto indispensabili allo svolgimento delle attività sanitarie, in particolare nell'ambito dei ricoveri in strutture protette; si preoccupa inoltre di specificare che “le prestazioni in esse erogate devono essere dirette, in via esclusiva o prevalente:

- ✓ alla riabilitazione o alla rieducazione funzionale degli handicappati e dei disabili (...)
- ✓ alla cura e al recupero fisico-psichico dei malati mentali (...)
- ✓ alla cura e/o al recupero fisico-psichico dei tossicodipendenti (...)
- ✓ alla cura degli anziani (...)”⁷

⁶ “Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome in materia di attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali, ai sensi dell'art. 5 della L. 23/12/1978, n. 833”.

⁷ D.P.C.M. 8/8/85, art. 6.

L'ultima normativa di questi anni in tema di integrazione socio-sanitaria è costituita dalla L. 595/85⁸ – la prima che si occupi specificamente di programmazione in campo sanitario. Essa prende le mosse dall'art. 53 della L. 833/78, che prevedeva la necessità di un Piano Sanitario Nazionale per dar corpo all'universalità della tutela della salute; la legge, oltre a precisare meglio i criteri per l'elaborazione dei piani, definisce, nella seconda parte, il primo Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1986-88. L'attività di programmazione del Piano si esplica attraverso le *azioni programmate* (impegni operativi in cui confluiscono le attività di più servizi sanitari), finanziate con fondi del Servizio Sanitario Nazionale, ed i *progetti obiettivo* (in cui si integrano attività molteplici delle strutture sanitarie e dei servizi socio-assistenziali, “al fine di perseguire la tutela socio-sanitaria dei soggetti destinatari del progetto”⁹), finanziate sia con fondi del Servizio Sanitario Nazionale che con altri fondi, compresi quelli regionali e degli enti locali.

Un riferimento specifico all'integrazione si trova nell'art. 8, c. 2, che indica i “progetti-obiettivo da realizzare mediante l'integrazione funzionale operativa dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali degli enti locali” per il triennio 1996-88, nelle aree della tutela materno-infantile; della salute degli anziani; della salute mentale; nella prevenzione, riabilitazione e socializzazione di disabili e tossicodipendenze.

1.2.3. Gli anni '90: un andamento oscillante

Negli anni '90 si può osservare un'intensa produzione normativa, sia in ambito sanitario che amministrativo; appaiono inoltre le prime normative a carattere squisitamente sociale, seppur per campi di intervento specifici. L'evoluzione normativa presenta un andamento oscillante, particolarmente nell'area sanitaria, con un inizio che risente del movimento frenante del decennio precedente ed una sorta di balzo in avanti con le normative di fine decennio.

⁸ “Norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario triennale 1986-88”.

⁹ L. 595/85, art. 2.

a) La normativa in ambito sanitario

In questo decennio c'è un'intensa produzione legislativa in materia sanitaria, che tratta – in alcuni casi indirettamente, in altri in maniera diretta ed incisiva – il tema dell'integrazione socio-sanitaria. E' opportuno pertanto illustrare sinteticamente le singole normative.

I Decreti Legislativi 502/92 e 517/93

Questi due decreti (anche conosciuti come “riforma De Lorenzo”, dal nome del ministro della Sanità che li ha promossi) vengono solitamente citati insieme, poiché il secondo apporta alcune modifiche al primo, a solo un anno di distanza. Per il tema che qui interessa le modifiche sono in realtà minimali (tranne un caso che verrà citato), e dunque si farà riferimento essenzialmente al primo decreto.

Il D. Lgs. 502/92 costituisce una riformulazione significativa della L. 833/78, a cominciare dalla scomparsa del riferimento all'art. 32 della Costituzione; collocandosi in continuità con le normative del decennio precedente che si ponevano come obiettivo primario quello del risparmio della spesa sanitaria, imprime al Servizio Sanitario Nazionale una decisa svolta in senso aziendalistico. Attribuisce così alle Unità Sanitarie Locali lo status di aziende, dotate “di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, fermo restando il diritto-dovere degli organi rappresentativi di esprimere il bisogno socio-sanitario delle comunità locali” (art. 3, c. 1). Il D. Lgs. 502/92 specifica inoltre che l'Azienda U.S.L. “si configura come ente strumentale della regione” (idem) – previsione che il successivo D. Lgs. 517/93 invalida. Altro aspetto rilevante è quello della riduzione del numero (con il conseguente ampliamento del bacino territoriale) delle U.S.L., che vengono così, tranne casi particolari, a coincidere con l'ambito territoriale della provincia (mentre nella L. 833/78 le U.S.L. coprivano un bacino di popolazione che oscillava di norma tra i 50.000 ed i 200.000 abitanti). Inoltre il decreto prevede che gli ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione, che presentano determinate caratteristiche, vengano incorporati dalle aziende U.S.L. e divengano aziende autonome. Sempre nell'art. 3 viene prevista la possibilità, per le U.S.L., di “assumere la gestione di attività o servizi socio-assistenziali per conto degli enti locali con oneri a totale

carico degli stessi, ivi compresi quelli relativi al personale, e con contabilità separata. L'unità sanitaria locale procede alle erogazioni solo dopo l'effettiva acquisizione delle necessarie disponibilità finanziarie"; viene inoltre definito il ruolo dell'ente locale all'interno della programmazione regionale sanitaria e nella valutazione dei bilanci delle U.S.L. Altri riferimenti utili si trovano nell'art. 1 – che riprende quanto espresso dall'art. 8 della L. 595/85 sull'integrazione funzionale operativa dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali degli enti locali; e nell'art. 14, che introduce il tema degli indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni, "al fine di garantire il costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini utenti del servizio sanitario nazionale".

Il Piano Sanitario Nazionale 1994/96

Mentre la L. 595/85 conteneva insieme le norme per la programmazione e gli indirizzi più operativi, il P.S.N. 1994/96 è, di fatto, il primo "vero" Piano Sanitario Nazionale, che inizia con l'esposizione dei principi di fondo e l'analisi della realtà nazionale ed internazionale, per poi andare ad individuare le priorità di intervento, i progetti-obiettivo e le azioni programmate. In continuità con le normative precedenti si pone obiettivi anche di razionalizzazione della spesa, ipotizzando "un sistema di integrazione socio-sanitaria che permetta di dare risposte qualificate a costi relativamente contenuti, coinvolgendo nei progetti assistenziali diverse componenti della rete formale ed informale che si stende attorno all'ammalato cronico" (*Punto 2.a*); individua inoltre, tra le aree di diseconomia e di spreco, le "sovrapposizioni non integrate di iniziative sanitarie e socio-assistenziali a disabili e anziani" (*Punto 2.c*). Il P.S.N. pone poi, tra le priorità d'intervento, i Distretti Sanitari di Base che, introdotti dalla L. 833/78 come strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento delle U.S.L., non avevano visto successivamente, a livello di normativa nazionale, una più puntuale declinazione, lasciata all'iniziativa delle singole regioni. In particolare, il distretto viene ora individuato come "l'ambito dove si realizza l'integrazione socio-sanitaria" (*Punto 4.a*), elemento significativo soprattutto adesso che le Aziende U.S.L. hanno assunto dimensioni maggiori che in precedenza. Il Piano individua poi due Progetti Obiettivo attivabili in modo uniforme sul territorio nazionale: "La tutela materno - infantile" e

"La tutela della salute degli anziani"; il primo prevede, tra l'altro, "l'istituzione e/o l'attivazione del dipartimento materno-infantile per l'integrazione degli aspetti sanitari e sociali ed il coordinamento delle attività proprie di ciascuna delle sue componenti" (*Punto 5.a*). Il secondo si rifà alle indicazioni del Progetto Obiettivo sullo stesso tema, approvato dalle Camere nel gennaio 1992 (in una fase di fine legislatura, stralciato dal P.S.N. 1992/94, che non vide poi la luce); in particolare, stabilisce come obiettivo del progetto "quello di definire modalità per rispondere ai bisogni individuali degli anziani nel quadro delle risorse finanziarie disponibili e per promuovere e facilitare a livello locale l'integrazione dei servizi socio-assistenziali e sanitari, utilizzando una risposta unitaria e globale, con particolare attenzione alle persone non autosufficienti" (*Punto 5.b*). Il P.O. postula inoltre la necessità di "un approccio globale ed integrato alla persona, che identifichi le diverse componenti della compromissione e consenta la formazione di programmi di intervento individualizzati e continuativi" (*idem*).

Il Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale 1994/96

Questo primo progetto obiettivo sulla tutela della salute mentale analizza l'evoluzione dei servizi nati a seguito della L. 180/78,¹⁰ evidenziandone luci ed ombre; per dare ulteriore impulso alla qualità dell'intervento offerto, indica quattro questioni da affrontare in via prioritaria:

- ✓ la costruzione in tutte le U.S.L. di una rete di strutture;
- ✓ l'aumento e la diversificazione delle competenze professionali degli operatori del settore per metterli in grado di svolgere la maggiore complessità dei compiti loro affidati (...);
- ✓ lo sviluppo dell'organizzazione dipartimentale del lavoro, dotando la rete dei servizi psichiatrici delle U.S.L. di una precisa responsabilità tecnica e gestionale, che garantisca il funzionamento integrato e continuativo dei servizi stessi. Ciò è richiesto dalla pluralità di strutture psichiatriche che insistono sullo stesso territorio, dalla varietà di figure professionali e dalla

¹⁰ Il titolo della legge – "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori" – non rende sufficientemente giustizia all'importanza ed alla novità della legge che, com'è noto, modificò radicalmente l'impostazione del trattamento e della cura delle persone con disagio psichico.

presenza di altri servizi non psichiatrici che hanno confini operativi che interessano la salute mentale (...);

- ✓ il definitivo superamento dell'ospedale psichiatrico.¹¹

Andando a definire la strategia d'intervento, il P.O. rileva – a sostegno dell'organizzazione dipartimentale – come nella letteratura ed in alcune significative esperienze normative regionali vi sia “una sensibile convergenza in ordine ad un modello organizzativo del settore nel quale la protezione della salute mentale, nelle sue componenti preventive, curative e riabilitative, è garantita da:

- ✓ l'unitarietà e l'integrazione dei servizi psichiatrici che insistono sullo stesso territorio;
- ✓ l'azione congiunta e il coordinamento delle attività svolte dai servizi psichiatrici e da altri servizi socio-sanitari «confinanti» (consultorio, centri per tossicodipendenze, ecc.)”.¹²

Più avanti specifica che “tra i servizi che risultano avere una rilevanza maggiore, sia nella prevenzione precoce che nella riabilitazione, vanno tenuti presente: la medicina di base, la medicina scolastica, la guardia medica, l'assistenza sociale di base, i servizi ospedalieri (pronto soccorso), i servizi socio-sanitari e di neuropsichiatria infantile”.

Il Piano Sanitario Nazionale 1998/2000: “Un patto di solidarietà per la salute”

In questo Piano Sanitario si inizia a vedere un cambiamento di rotta nelle prospettive delle politiche sanitarie: sin dalle prime battute riecheggia l'art. 32 della Costituzione, e si propone la necessità di un servizio sanitario che, pur non rinnegando il processo di aziendalizzazione, abbia come obiettivo l'equità, nella consapevolezza che “un sistema di servizi sanitari equo ed efficace é un determinante essenziale, anche se non esclusivo, per garantire la partecipazione alla vita sociale e l'espressione delle capacità individuali a tutti i cittadini” (*Premessa*).

Il P.S.N. 1998/2000 costituisce, di fatto, la prima normativa nazionale in cui il tema dell'integrazione socio-sanitaria viene trattato in maniera organica. Già nella *Premessa*, una delle idee forti messe alla base del Piano è quella di percorrere le

¹¹ P.O. Tutela Salute Mentale 1994/96, *Premessa*.

¹² P.O. Tutela Salute Mentale 1994/96, *La strategia di intervento*.

strade dell'integrazione socio sanitaria; e specifica che ciò si rende necessario in quanto “la complessività di molti bisogni richiede la capacità di erogare risposte fra loro integrate, in particolare sociosanitarie”. Nella *Parte I* poi, all'interno dell'obiettivo di rafforzare la tutela dei soggetti deboli, vengono previsti, tra l'altro, l'utilizzo di metodi di valutazione interprofessionale del bisogno; l'integrazione dei servizi materno-infantili con quelli socio assistenziali ed educativi; lo sviluppo dell'assistenza domiciliare integrata. Ma è nella *Parte II* che il Piano prende in mano, potremmo dire, la materia dell'integrazione socio-sanitaria e la declina nei tre livelli ai quali deve essere attuata e verificata:

- ✓ istituzionale – nella collaborazione fra istituzioni diverse;
- ✓ gestionale – a livello di strutture operative, attraverso gli approcci multidimensionali e la metodologia di lavoro per progetti;
- ✓ professionale – attraverso la costituzione di unità valutative integrate, la gestione unitaria della documentazione, la definizione delle specifiche responsabilità.

Il tema dell'integrazione viene ripreso successivamente, sempre nella *Parte II*, nel descrivere l'assistenza domiciliare integrata come luogo di collaborazione di professionalità – sanitarie e sociali – per la realizzazione di progetti unitari, mirati sulla diversa natura dei bisogni; e più avanti nell'indicare nel distretto – struttura operativa dell'Azienda U.S.L. – il “centro di servizi e prestazioni dove la domanda di salute é affrontata in modo unitario e globale”.

La L. 419/98 ed il Decreto Legislativo 229/99

Il processo iniziato con il P.S.N. 1998/2000 viene portato a compimento con la L. 419/98 – e con la realizzazione, attraverso il D. Lgs. 229/99, della cosiddetta “riforma sanitaria ter” (o “riforma Bindi”, dal nome del ministro della Sanità che l'ha promossa). La L. 419/98¹³ in particolare indica, tra i criteri cui dovrà attenersi il successivo decreto, quello di “prevedere tempi, modalità e aree di attività per pervenire ad una effettiva integrazione a livello distrettuale dei servizi sanitari con quelli sociali, disciplinando altresì la partecipazione dei comuni alle spese connesse

¹³ “Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Modifiche al decreto legislativo 30/12/1992, n. 502”.

alle prestazioni sociali; stabilire principi e criteri per l'adozione (...) di un atto di indirizzo e coordinamento (...) in sostituzione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 8 agosto 1985, che assicuri livelli uniformi delle prestazioni socio-sanitarie ad alta integrazione sanitaria, anche in attuazione del Piano sanitario nazionale” (art. 2, c. 1).

Il D. Lgs. 229/99¹⁴ – attuativo di quanto previsto dalla L. 419 – costituisce una nuova, radicale inversione di tendenza rispetto ai decreti del '92/'93. Esso novella il D. Lgs. 502/92, richiamando esplicitamente i principi fondamentali della L. 833/78 e del dettato costituzionale, e ponendosi dunque in linea con il P.S.N. 1998/2000. Introduce inoltre, nell'art. 1, il tema dei “livelli essenziali ed uniformi di assistenza” da garantire su tutto il territorio nazionale – questione che, come vedremo, assumerà grande importanza in seguito alla riforma costituzionale del 2001.

Esso da un lato prosegue nel processo di aziendalizzazione delle Unità Sanitarie Locali introducendo l'*Atto Aziendale* come strumento specifico dell'autonomia gestionale, attraverso il quale ogni A.S.L. auto-norma la propria organizzazione interna. Dall'altro lato ricrea, per quanto possibile, un legame, a livello della programmazione regionale, con gli enti locali, istituendo nell'art. 2 la *Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale* – composta tra l'altro dal Sindaco o dal Presidente della Conferenza dei Sindaci – che esprime osservazioni sul progetto di Piano Sanitario Regionale; osservazioni che la regione è tenuta ad esaminare.

Ma è l'art. 3¹⁵ che tocca più direttamente il tema dell'integrazione socio-sanitaria:

- ✓ identificando il distretto come il luogo in cui vengono assicurati i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie, ed in cui,

¹⁴ “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'art. 1 della legge 30/11/1998, n. 419”.

¹⁵ Poiché il D. Lgs. 229/99 novella il D. Lgs. 502/92, nei successivi riferimenti ai singoli articoli verrà usata – per maggiore chiarezza e rintracciabilità – la dicitura dell'articolo riportata nella versione del D. Lgs. 502/92 così come modificata dal D. Lgs. 229/99; anche se è necessario precisare che spesso non vi è tra i due decreti coincidenza di denominazione (ad esempio, il comma 3 dell'art. 3 del D. Lgs. 229/99 è un lungo “contenitore”, all'interno del quale vengono elencati gli articoli dal 3-bis al 3-octies, tutti inseriti, nel D. Lgs. 502/92, dopo l'art. 3).

attraverso la predisposizione del Piano delle Attività Territoriali, viene definita la localizzazione dei servizi integrati e vengono determinate le risorse per l'integrazione socio-sanitaria (art. 3-quater);

- ✓ definendo 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);
- ✓ distinguendo, sempre in quest'ultimo articolo, le prestazioni sociosanitarie, secondo il principio della prevalenza, in:
 - *prestazioni sanitarie a rilevanza sociale* – le attività “finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite”. La competenza circa l'erogazione di queste prestazioni è attribuita alle A.S.L.;
 - *prestazioni sociali a rilevanza sanitaria* – 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”. La competenza per l'erogazione di queste prestazioni è attribuita ai comuni;
 - *prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria* – “caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative”. La competenza per l'erogazione di queste prestazioni è attribuita alle A.S.L.

Il Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale 1998/2000

In coerenza con il *trend* osservato nelle ultime normative a carattere generale si pone anche questa norma, specifica sulla tutela della salute mentale. Il P.O. si

richiama al precedente del triennio 1994/96, riportandone obiettivi e strategie d'intervento, ed anche qui leggendone gli effetti positivi ed al tempo stesso rilanciando i nuovi obiettivi che si presentano come prioritari; per sintetizzare l'ampiezza dell'analisi effettuata dal P.O., si ritiene importante evidenziare due direttrici lungo le quali si muove:

- ✓ promozione della salute mentale nell'intero ciclo di vita, anche all'interno dei programmi di medicina preventiva e di educazione sanitaria, garantendo la continuità della presa in carico nelle varie fasi del ciclo vitale (infanzia, adolescenza, età giovanile, età adulta, età avanzata);
- ✓ priorità ad interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali gravi, attraverso l'attuazione da parte dei servizi di salute mentale di una prassi e di un atteggiamento non di attesa, ma mirati a intervenire attivamente e direttamente nel territorio (domicilio, scuola, luoghi di lavoro, ecc.), in collaborazione con le associazioni dei familiari e di volontariato, con i medici di medicina generale e con gli altri servizi sanitari e sociali.¹⁶

Sui temi dell'integrazione socio-sanitaria il P.O. propone, come azioni necessarie per realizzare gli interventi prioritari identificati, “la formulazione di piani terapeutico-preventivi o terapeutico-riabilitativi personalizzati” e “l'integrazione in tali piani dell'apporto di altri servizi sanitari, dei medici di medicina generale, dei servizi socio-assistenziali e di altre risorse del territorio, in particolare per quanto riguarda le attività lavorative, l'abitare e i cosiddetti beni relazionali (produzione di relazioni affettive e sociali)”; prevede che i D.S.M. adottino “linee guida e procedure di consenso professionali per una buona pratica clinica, almeno per quanto riguarda i seguenti temi: (...) coordinamento con i servizi sociali e utilizzo delle risorse non sanitarie del territorio da parte degli utenti; iniziative a favore dell'inserimento lavorativo degli utenti e rapporti con il privato sociale e imprenditoriale” (*Interventi prioritari*).

Riguardo al ruolo degli enti locali inoltre prevede, da un lato, che “collaborino con proprie specifiche risorse alla realizzazione del presente progetto obiettivo, destinando, allo scopo, quote adeguate dei propri bilanci”; dall'altro che

¹⁶ Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale 1998/2000, *Premessa; interventi prioritari*.

“partecipano alla programmazione locale e regionale, ed alla verifica dei risultati conseguiti dalle Aziende sanitarie nel campo della tutela della salute mentale” (*Ruolo degli Enti Locali*). Infine, esaminando gli interventi da compiere nell’area dell’età evolutiva, evidenzia che

per attuare un intervento efficace nel campo della tutela della salute mentale in età evolutiva è necessaria un'azione convergente sul piano sanitario e su quello sociale, che tenga conto delle peculiarità e specificità dei bisogni in questa fase della vita. In questa ottica, è centrale considerare la necessità di un intervento globale che comprenda la prevenzione e l'educazione alla salute, e che si sviluppi in stretta interazione con gli interventi socio-assistenziali, di competenza degli enti locali (*Area Organizzativa dei servizi di salute mentale e di riabilitazione dell'età evolutiva*).

b) La normativa non sanitaria

Le normative sin qui esaminate – a parte il promettente avvio del D.P.R. 616/77, rimasto per diversi anni un caso isolato – rientrano tutte nell’ambito sanitario. Negli anni ’90 cominciano ad affacciarsi sulla scena alcune normative che, provenendo da aree diverse, interessano (o si interessano de) l’integrazione socio-sanitaria.

La normativa in campo amministrativo

Nel 1990 ha luogo una vera e propria rivoluzione nello status e nel ruolo istituzionale degli enti locali.

In tale anno infatti abbiamo dapprima la L. 142¹⁷ che attribuisce a comuni e province – precedentemente semplici suddivisioni territoriali dello Stato¹⁸ – una nuova autonomia, sia dal punto di vista statutario e regolamentare, sia dal punto di vista finanziario. Sul versante operativo, vengono ricondotte ai comuni “tutte le

¹⁷ “*Ordinamento delle autonomie locali*”.

¹⁸ In realtà, nella II Parte della Costituzione rimane ancora per diversi anni la definizione dell’art. 114 “La Repubblica *si riparte* in Regioni, Province e Comuni”: sino alla L. Cost. 3/2001, che lo modificherà radicalmente in “La Repubblica è *costituita* dai Comuni, dalle Province, dalle Città metropolitane, dalle Regioni e dallo Stato”. Anche per questo motivo la L. 142 è da considerarsi fortemente innovativa.

funzioni amministrative che riguardino la popolazione ed il territorio comunale, precipuamente nei settori organici dei servizi sociali” (art. 9, c. 1). Si cominciano a delineare le prime distinzioni tra funzione politica e funzione tecnico-amministrativa, e vengono introdotti istituti di partecipazione popolare, nonché la figura del difensore civico.

Per ciò che interessa l'integrazione socio-sanitaria la legge pone delle basi di partenza, richiamando indirettamente il D.P.R. 616/77: “Il comune, per l'esercizio delle funzioni in ambiti territoriali adeguati, attua forme sia di decentramento sia di cooperazione con altri comuni e con la provincia” (art. 9, c. 2). Successivamente si preoccupa di declinare meglio le possibili forme di collaborazione tra enti diversi, esplicitando le caratteristiche di convenzioni (art. 24), consorzi (art. 25), accordi di programma (art. 27). Tali forme di cooperazione – riprese poi integralmente dal D. Lgs. 267/00¹⁹ – sono tutt'oggi valide ed impiegate per realizzare l'integrazione a livello istituzionale.

Successivamente, a distanza di soli due mesi, la L. 241²⁰ modifica radicalmente il rapporto tra Pubblica Amministrazione e cittadini, introducendo concetti come economicità, efficacia e trasparenza dell'azione amministrativa. Particolarmente significativa è la rilevanza data al *procedimento* come insieme ordinato di atti amministrativi, con un responsabile identificato dall'amministrazione, il cui nominativo è reso pubblico ai cittadini; il procedimento è finalizzato all'emanazione di un *provvedimento*, che deve essere motivato, indicando “i presupposti di fatto e le ragioni giuridiche che hanno determinato la decisione della amministrazione, in relazione alle risultanze dell'istruttoria” (art. 3).

Dal punto di vista dell'integrazione socio-sanitaria, anche questa contribuisce a promuovere rapporti di collaborazione tra enti pubblici, attraverso la conferenza di servizi (art. 14) e l'ulteriore possibilità, per gli stessi, di stringere accordi “per disciplinare lo svolgimento in collaborazione di attività di interesse comune” (art. 15).

¹⁹ “Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali”.

²⁰ “Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi”.

Facendo un salto di alcuni anni, troviamo il D. Lgs. 112/98,²¹ che può idealmente essere considerato in continuità con il D.P.R. 616/77, ma mutando radicalmente la prospettiva: là dove questo costituiva l'attuazione del decentramento con passaggio di competenze dallo Stato alle regioni ed agli enti locali, operando quindi in una logica "top-down", il D. Lgs. 112 opera in una logica che potremmo definire "bottom-up", realizzando l'applicazione del principio della sussidiarietà, in senso verticale, indicata dalla L. 59/97.²²

Per ciò che interessa le tematiche relative all'integrazione, esso prevede in particolare, all'art. 3, che "la generalità dei compiti e delle funzioni amministrative è attribuita ai comuni, alle province e alle comunità montane, (...) secondo le loro dimensioni territoriali, associative ed organizzative". Inoltre introduce – fatto nuovo in campo normativo – l'espressione "servizi alla persona e alla comunità", nella definizione del Titolo IV, all'interno del quale sono ricompresi, insieme alla tutela della salute ed ai servizi sociali, l'istruzione scolastica e la formazione professionale, i beni e le attività culturali, lo spettacolo, lo sport.

Le normative sociali

In questi anni cominciano ad affacciarsi sulla scena normativa alcune leggi a carattere propriamente sociale – dedicate a settori specifici, ma con un respiro ampio – nelle quali è presente in maniera esplicita il tema dell'integrazione socio-sanitaria.²³

La L. 104/92²⁴ costituisce la prima normativa che affronta in maniera organica tutti gli aspetti di vita delle persone con handicap, secondo i principi di dignità, libertà ed autonomia della persona stessa; e dunque si interessa, ad ampio raggio, della prevenzione/rimozione, cura e riabilitazione degli stati invalidanti,

²¹ "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59".

²² "Delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle regioni ed enti locali, per la riforma della Pubblica Amministrazione e per la semplificazione amministrativa".

²³ In realtà, negli anni precedenti alcune normative postulavano implicitamente principi di integrazione socio-sanitaria: basti pensare alla L. 405/75, sull'istituzione dei consultori familiari, o alla L. 180/78, precedentemente citata, che prevedeva la chiusura dei manicomi. Si è scelto di non analizzarle perché in tali normative non vi è una esplicita attenzione ad elementi di rapporto/integrazione tra servizi sociali e sanitari.

²⁴ "Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate".

attraverso la promozione della ricerca e gli interventi a carattere sanitario; dell'inserimento ed integrazione sociale della persona handicappata, attraverso il sostegno ai percorsi scolastici, lavorativi ed alla vita sociale ampiamente intesa.

Per la realizzazione di tale modello, secondo la L. 104, occorre utilizzare strumenti integrati: da qui la previsione del “decentramento territoriale dei servizi e degli interventi” (art. 5); di “programmi che prevedano prestazioni sanitarie e sociali integrate tra loro” (art. 7) e di “interventi di carattere socio-psico-pedagogico, di assistenza sociale e sanitaria a domicilio” (art. 8). Anche per realizzare l'integrazione scolastica è necessario prevedere “la programmazione coordinata dei servizi scolastici con quelli sanitari, socio-assistenziali, culturali, ricreativi, sportivi e con altre attività sul territorio gestite da enti pubblici o privati” (art. 13) e la realizzazione di “gruppi di lavoro per l'integrazione scolastica” (art. 15).

La L. 285/97,²⁵ pur essendo anch'essa una legge specificamente dedicata ad un'area di bisogni (l'infanzia e l'adolescenza), presenta delle caratteristiche particolarmente interessanti:

- ✓ istituisce un Fondo Nazionale specificamente dedicato;
- ✓ vincola l'utilizzo delle risorse finanziarie ad una metodologia di tipo progettuale;
- ✓ si pone in una logica di promozione sociale dell'*agio*, e non solamente di contrasto del *disagio*.

Per ciò che interessa l'integrazione essa indica, all'art. 2, che i Piani Territoriali di Intervento vengano approvati mediante accordi di programma “cui partecipano, in particolare, i provveditorati agli studi, le aziende sanitarie locali e i centri per la giustizia minorile”, nonché le O.N.L.U.S. Inoltre all'art. 4 prevede che il sostegno alla genitorialità si realizzi “mediante progetti personalizzati integrati con le azioni previste nei piani socio-sanitari regionali”.

1.2.4. Gli anni 2000

Per il tema che qui interessa, gli anni 2000 propongono una produzione legislativa quantitativamente inferiore rispetto al decennio precedente, ma più

²⁵ “Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza”.

diversificata tra gli ambiti sanitario e non sanitario e certamente più qualificata, presentando anche normative specificamente dedicate all'integrazione socio-sanitaria.

Si procederà dunque anche qui ad esaminarle suddividendole per macro-aree.

a) La normativa in ambito sanitario

Si può dire che in ambito sanitario – almeno per quanto riguarda questa analisi – gli anni 2000 inizino da dove sono finiti gli anni '90: si passa infatti dal Progetto Obiettivo sulla Tutela della Salute Mentale, attuativo del P.S.N. 1998/2000, che concludeva il decennio precedente, a quello sull'area Materno Infantile – anch'esso diretta emanazione del P.S.N. – che apre il nuovo.

Il Progetto Obiettivo Materno Infantile (D.M. 24/4/2000)

Il P.O. Materno Infantile costituisce una sorta di prolungamento ed ampliamento dell'Obiettivo IV del Piano Sanitario Nazionale 1998/2000, previsto dal Piano stesso. Si tratta del primo Progetto dedicato all'area della maternità e dell'infanzia, e dunque si presenta come un documento di vasta portata, che prende in esame e dà indicazioni su un'ampia gamma di temi relativi all'area materno-infantile: sia in senso diacronico attraverso le varie stagioni della vita (dal percorso nascita alla salute degli adolescenti; la salute della donna in tutte le fasi della vita) sia esaminando le diverse tipologie di problemi (dall'urgenza/emergenza pediatrica, al bambino in ospedale, ai temi del maltrattamento/abuso/sfruttamento sessuale dei minori). Affronta inoltre due temi a carattere organizzativo: quello delle competenze ed azioni dei consultori familiari e quello dell'organizzazione dipartimentale dell'area materno-infantile.

Quest'ultimo tema, introdotto dal P.S.N. 1994/96, in parallelo all'ambito della salute mentale in cui era stato affrontato dal P.O. 1994/96,²⁶ non aveva ancora trovato compiuta attuazione, e viene dunque riaffermato in questa sede. Per l'argomento di cui qui ci si interessa vale la pena soltanto brevemente accennare ad

²⁶ Occorre precisare che anche il D. Lgs. 229/99 si era pronunciato in favore dell'organizzazione dipartimentale, introducendo nel D.Lgs. 502/92 l'art. 17-bis, in cui al c. 1 si precisava che "l'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende sanitarie".

alcuni elementi di diversità tra la configurazione dipartimentale nelle due aree considerate:

- ✓ nel P.O. materno infantile viene delineato un dipartimento a carattere tecnico-funzionale, in cui si aggregano nel perseguimento di alcuni obiettivi di salute Unità Operative diverse, che conservano comunque la propria autonomia; il personale resta dunque in carico alle singole U.O., pur operando in un sistema caratterizzato dalla massima integrazione possibile; il dipartimento non è dotato di un budget proprio, da gestire direttamente, e le singole U.O. fanno capo al budget dei rispettivi distretti;
- ✓ nell'area della salute mentale il dipartimento può avere carattere strutturale o tecnico-funzionale, ma comunque deve avere una unitarietà nella gestione delle risorse umane e finanziarie, ed è quindi dotato di un budget proprio.

Il tema dell'integrazione socio-sanitaria percorre un po' tutto il Progetto Obiettivo, sia nell'esplicitazione dei diversi interventi, sia in particolare nell'indicare l'organizzazione dipartimentale come la più adeguata a

sinergizzare le attività delle Aziende territoriali e ospedaliere valorizzando le interdipendenze esistenti fra le strutture operative, in particolare, a livello orizzontale, il Dipartimento della Prevenzione (D.P.) e, a livello verticale, il Distretto che diviene il bacino privilegiato per la pianificazione degli interventi in ambito territoriale e per la realizzazione del Piano Attuativo Locale, tenuto conto anche della necessità di integrare tutti gli interventi sanitari e sociali a livello territoriale" (*Premessa*);

uno dei principali compiti del Dipartimento è infatti quello di "realizzare gli obiettivi di salute anche nella logica della integrazione socio-sanitaria" (*idem*).

Il P.S.N. 2003-2005

Il P.S.N. 2003-2005 prende forma – dopo tre anni dalla scadenza del precedente – in un contesto istituzionale profondamente mutato. La riforma del Titolo V della Costituzione – di cui si tratterà tra poco – nel modificare in moltissimi ambiti i reciproci ruoli di Stato e regioni fa sì che "il ruolo dello Stato in materia di

sanità si trasformi (...) da una funzione preminente di organizzatore e gestore di servizi a quella di garante dell'equità sul territorio nazionale" (*Premessa*). La nuova logica è dunque quella di costruire una cornice, molto ampia, all'interno della quale i Piani Sanitari Regionali definiscono obiettivi, metodologie e strumenti atti a perseguire la salute dei propri cittadini. Unico vincolo cogente, i Livelli Essenziali di Assistenza da garantire su tutto il territorio nazionale, in una logica di equità. In questo orizzonte di inquadramento culturale dunque il P.S.N. richiama alcuni punti essenziali, quali il diritto alla salute, l'equità, la corresponsabilizzazione dei cittadini, la qualità delle prestazioni.

Anche l'integrazione socio-sanitaria rientra tra i principi essenziali di questa transizione dal concetto di "sanità" a quello di "salute", ed il rapporto tra sanitario e sociale viene ormai considerato un dato acquisito, tanto da giungere a dire che "Nessun sistema sanitario, per quanto tecnicamente avanzato, può soddisfare a pieno la propria missione se non è rispettoso dei principi fondamentali di solidarietà sociale e di integrazione socio-sanitaria" (*Punto 6.*).

A così alte dichiarazioni fa eco l'indicazione – all'interno dei "10 progetti per la strategia del cambiamento" – dell'azione programmatica "promuovere una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili" (*Punto 2.2.*). Pur con le comprensive motivazioni legate da un lato al nuovo assetto istituzionale e dall'altro all'esigenza di permetterne l'applicabilità in termini di Livelli Essenziali di Assistenza, la scelta di delimitare la promozione di una rete socio-sanitaria integrata solo ad alcune categorie appare un po' riduttiva, con il fiato corto; forse si sarebbe potuto – proprio per il carattere di impronta culturale che il Piano voleva avere – *osare* di più.

II P.S.N. 2006-2008

Il P.S.N. 2006-2008, muovendosi in un contesto istituzionale in linea con il precedente, pone come proprio principio base quello della "uniforme erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza, di adeguato livello qualitativo e di efficienza, coerentemente con le risorse programmate del Servizio sanitario nazionale" (*Punto 2.2.*). Rinnova anche l'esigenza, sentita ormai come fondamentale, di tenere fortemente presenti "anche le politiche sociali, ambientali ed

energetiche, quelle del lavoro, della scuola e dell'istruzione, di quelle agricole e di quelle produttive" (*idem*).

La necessità di stretti collegamenti fa sì che tra le "strategie di sviluppo" che il Piano ritiene inderogabile continuare ad indicare a livello nazionale vi si trovino sia l'integrazione che potremmo definire interna alle diverse strutture del Servizio Sanitario, nei termini quindi di una continuità assistenziale, sia l'integrazione socio-sanitaria in senso proprio, nella consapevolezza che vi è tutta un'area di bisogni "nella quale la mancata azione sul piano dei servizi sociali tende a vanificare anche il più complesso intervento sanitario" (*Punto 3.8*). Il Piano mette in particolare evidenza – al fine di realizzare l'integrazione – la necessità di una programmazione congiunta per rispondere "in modo adeguato alla complessità dei problemi di salute, a partire dall'analisi dei bisogni fino alle scelte di priorità di intervento" (*idem*). Accanto alla programmazione il Piano indica nell'individuazione di regole per l'implementazione della cooperazione interistituzionale (quali, ad esempio, gli accordi di programma) uno strumento essenziale per attuare l'integrazione.

b) La normativa in ambito non sanitario

In tale area si ha, in questi anni, uno sviluppo decisamente maggiore rispetto a quanto visto nel decennio precedente. A fronte di alcune, ulteriori specificazioni in campo amministrativo c'è infatti l'*irrompere* sulla scena di due grandi normative in tema di politiche sociali – che vengono però quasi immediatamente ridimensionate dalla riforma del Titolo V della Costituzione.

Le normative in materia amministrativa (DD. Lgs. 56 e 267/00)

Nell'anno 2000 vengono promulgati due decreti legislativi per i quali si potrebbe dire che il tasso di attuazione è, in certo qual modo, inversamente proporzionale alle aspettative dagli stessi generate.

Il primo di essi, il D. Lgs. 56,²⁷ avrebbe dovuto rendere attuativo quanto previsto dalla L. 133/99²⁸ in materia di federalismo fiscale, particolarmente (ma non solo) in materia sanitaria. Esso infatti stabilisce la soppressione del Fondo Sanitario Nazionale, e dei conseguenti trasferimenti alle regioni in materia, e la sua sostituzione, a livello regionale, con introiti derivanti da imposte locali nonché addizionali o compartecipazioni regionali a tasse governative; il tutto, ovviamente, con la previsione di periodi di transizione progressiva e di meccanismi di perequazione tra le diverse regioni (Burgalassi, 2007, 42-43). Ciò ha sollecitato da un lato grandi aspettative, in un clima favorevole a riforme nel senso del decentramento amministrativo; ma dall'altro lato il decreto stesso ha conosciuto una sostanziale inapplicazione, attraverso il meccanismo della deroga ripetuta, senza peraltro che venisse formalmente abrogato (Pammolli, Salerno, 2008, 65 e segg.).

Diversa sorte ha conosciuto il D. Lgs. 267,²⁹ che riunifica al proprio interno una serie di atti normativi, anche molto vetusti, su tutto ciò che riguarda gli enti locali, nelle loro dimensioni politico-istituzionali e tecnico-amministrative; nato per certi versi un po' più in sordina, seguendo un'esigenza di semplificazione amministrativa, vede a tutt'oggi un ampio utilizzo del proprio dettato normativo.

Anche nell'orizzonte dell'integrazione socio-sanitaria queste due norme si pongono in maniera piuttosto antitetica: certamente più problematico il D. Lgs. 56 – che sancisce la fine del Fondo Sanitario Nazionale a solo due anni dall'istituzione (attraverso la L. 449/97 – la legge finanziaria 1998) di un Fondo Nazionale per le Politiche Sociali; maggiormente in supporto dell'integrazione il secondo, i cui strumenti di raccordo tra enti – mutuati dalla L.142/90 – sono stati e continuano ad essere utilizzati ai fini dell'integrazione stessa (sia tra enti locali diversi che tra ente locale ed Azienda Sanitaria).

²⁷ *“Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'articolo 10 della legge 13 maggio 1999, n. 133”.*

²⁸ *“Disposizioni in materia di perequazione, razionalizzazione e federalismo fiscale”.*

²⁹ *“Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali”.*

La L. 328/00

La L. 328/00,³⁰ lungamente attesa dagli studiosi ed operatori del settore,³¹ si propone l'obiettivo di realizzare nell'ambito delle politiche sociali ciò che la L. 833/78 aveva realizzato per le politiche sanitarie: costruire un sistema integrato a livello nazionale.

Essa trova i suoi punti di forza in alcune idee-chiave:

- ✓ l'idea che gli interventi ed i servizi sociali debbano essere garantiti attraverso un *sistema integrato*;
- ✓ il principio dell'*universalismo selettivo*: ovvero i servizi e le prestazioni del sistema integrato devono essere garantiti a tutti i cittadini italiani (e, nell'ambito di accordi internazionali, agli stranieri, profughi, apolidi), ma con priorità d'accesso e gratuità garantita alle fasce deboli;
- ✓ la necessità, nell'ambito delle politiche sociali, della *pianificazione*, di cui delinea i diversi livelli (comunale, regionale, statale) ;
- ✓ la proposta di un modello che al *government* – in cui la Pubblica Amministrazione è sostanzialmente l'attore unico in materia di politiche sociali (salvo delegare, eventualmente, l'erogazione di alcuni servizi) sostituisce la *governance* – ovvero un sistema che, a partire dall'analisi dei bisogni sino alla progettazione ed all'implementazione dei servizi, vede la presenza di una molteplicità di attori, nella logica della sussidiarietà.

Nonostante il carattere fortemente innovativo, la L. 328/00 presenta però anche alcuni aspetti controversi, primo tra tutti l'indicazione troppo generica³² dei “Livelli essenziali di assistenza”, all'art. 22: che dapprima elenca sostanzialmente tutte le aree in cui già precedentemente intervenivano i servizi sociali comunali (precisando che vanno garantiti “nei limiti delle risorse del Fondo nazionale per le

³⁰ “*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*”.

³¹ C'è chi fa risalire tale attesa addirittura al secolo precedente, quando era stata emanata l'ultima norma a carattere generale su quelle che ancora non venivano chiamate “politiche sociali”: la L. 6972 del 17/7/1890, meglio conosciuta come “legge Crispi”; anche non volendo andare così indietro nel tempo, certamente l'attesa si era fatta pressante dalla fine degli anni '70, quando all'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale attraverso la L. 833 non aveva corrisposto – fino al 2000, appunto – un analogo provvedimento in ambito sociale.

³² Come giustamente osserva Ferioli, “si tratta di una definizione assai generale, che in realtà non indica dei “livelli” e nemmeno degli “standard”, dal momento che risulta assolutamente priva di indicazioni in ordine alla qualità e alla quantità delle prestazioni” (Ferioli, 2002, 2).

politiche sociali, tenuto conto delle risorse ordinarie già destinate dagli enti locali alla spesa sociale”), e successivamente puntualizza 5 tipologie di prestazioni³³ che le regioni devono prevedere di garantire in ogni ambito territoriale.

Riguardo al tema dell'integrazione socio-sanitaria, la L. 328/00 non ha un articolo ad essa specificamente dedicato – forse perché la dà per definita dai provvedimenti normativi della fine degli anni '90, ed in particolare dal D. Lgs. 229/99, emanato circa un anno e mezzo prima – ma una serie di indicazioni che inseriscono l'integrazione con i servizi sanitari nel più ampio quadro della concertazione con tutte le politiche per così dire “confinanti” con quelle sociali: da quelle dell'istruzione alla formazione, al lavoro, ma anche a tempo libero e trasporti. Ciò viene dunque precisato in più punti, sia nell'elencare le competenze dei soggetti istituzionali coinvolti (ad es., comuni e regioni, negli artt. 6 e 8), sia indicando interventi specifici (nell'art. 14, parlando della piena integrazione dei disabili), sia nei vari ambiti della pianificazione (artt. 18 -19).

Il Piano Nazionale degli Interventi e Servizi Sociali (D.P.R. 3/5/2001)

Nel maggio 2001³⁴ viene approvato – in attuazione di quanto previsto dall'art. 18 della L. 328/00 – il primo (ed unico) Piano Nazionale in materia sociale, che ha come sottotitolo “libertà, solidarietà e responsabilità nell'Italia delle autonomie”. Esso presenta due fondamentali caratteristiche: da un lato la logica della sussidiarietà, intesa in senso ampio, a partire dal considerare le famiglie come una risorsa da incentivare; dall'altro un'impostazione in senso (pro)positivo, incentrato più sulla promozione del “ben-essere” e dell’“agio” che sulla rimozione del disagio.³⁵

³³ Le prestazioni previste dal c. 4 dell'art. 22, alle quali viene comunemente attribuita la qualifica di Livelli Essenziali sono: *a)* servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari; *b)* servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari; *c)* assistenza domiciliare; *d)* strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali; *e)* centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.

³⁴ Vale la pena di notare – come anche evidenziato nella premessa del Piano – la tempestività con cui lo stesso è stato approntato ed approvato, addirittura in anticipo sui tempi indicati dalla stessa L. 328/00 (6 mesi anziché 12).

³⁵ Quest'ultimo elemento, come si è visto, era stato già introdotto dalla L. 285/97, analizzata in precedenza; si tratta di un elemento culturale di indubbia portata innovativa, per le politiche sociali, fortemente portato avanti dall'allora ministra per la solidarietà sociale Livia Turco, promotrice delle due normative in oggetto – oltre, naturalmente, alla L. 328/00.

Il Piano, dopo una prima parte sulle *Radici delle politiche sociali*, dapprima si snoda tra gli *Obiettivi di priorità sociale*,³⁶ ed infine imposta lo sviluppo del sistema integrato di interventi e servizi sociali. Quest'ultima costituisce senza dubbio la parte fondante del Piano stesso, quella in cui dovrebbero trovare indicazioni più puntuali tutte le misure atte a “mettere in piedi” l'architettura del nuovo sistema. Il primo punto di questa sezione affronta il tema dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, che vanno disegnati – “nei limiti delle risorse del fondo nazionale per le politiche sociali e tenuto conto delle risorse ordinarie già destinate dagli enti locali alle politiche sociali” (*Parte III, I.*) – in riferimento ai principi generali, e connettendo tra loro le *aree di intervento*, le *tipologie di servizi e prestazioni* e le *direttrici per l'innovazione*. In realtà questo ambizioso impianto, pur inserendo principi ed elementi molto importanti, continua a mantenere i livelli essenziali in uno scarso grado di specificazione operativa.

Il tema dell'integrazione socio-sanitaria viene richiamato più volte all'interno del Piano, questa volta non solo con ripetuti accenni nell'ambito dei diversi “obiettivi” identificati, ma anche con un riferimento specificamente dedicato all'interno delle *direttrici per l'innovazione*; in questo contesto, appare molto interessante la sollecitazione all'unitarietà del processo programmatico, lì dove, parlando del Piano per le Attività Territoriali (strumento della programmazione dei distretti sanitari) e del Piano di Zona (definito, per la prima volta nella L. 328/00, come strumento di pianificazione sociale), evidenzia come sia “necessario che i due strumenti siano gestiti all'interno di un'unica strategia programmatica, attuata in modo collaborativo tra azienda sanitaria ed enti locali, finalizzata alla promozione e alla tutela della salute delle persone e delle famiglie” (*Parte III, I.*).

c) La normativa dedicata all'integrazione

Nell'arco dell'anno 2001 vedono la luce due provvedimenti normativi che interessano molto da vicino l'integrazione socio-sanitaria, ovvero in cui

³⁶ Vengono indicati i seguenti obiettivi: 1) valorizzare e sostenere le responsabilità familiari; 2) rafforzare i diritti dei minori; 3) potenziare gli interventi a contrasto della povertà; 4) sostenere con servizi domiciliari le persone non autosufficienti (in particolare le disabilità gravi); 5) altri obiettivi di particolare rilevanza sociale (l'inclusione della popolazione immigrata, la prevenzione delle dipendenze, l'impegno nei confronti dell'adolescenza).

l'integrazione costituisce il nucleo centrale: uno, il D.P.C.M. 14/2/2001,³⁷ ad essa specificamente dedicato; l'altro, il D.P.C.M. 29/11/2001,³⁸ che seppur rivolto alla definizione dei livelli essenziali di assistenza prevede un'area specifica di interventi a carattere socio-sanitario, per i quali precisa le quote di compartecipazione alla spesa.

Entrambi i Decreti presentano una "provenienza" dall'area sanitaria, risultando in continuità con il D. Lgs. 229/99 (e testimoniando ulteriormente la prevalenza della stessa sull'area del sociale, come già visto in precedenza).

Verso la fine del decennio viene emanato un secondo provvedimento dedicato ai livelli essenziali di assistenza, che aggiorna il precedente del 2001: il D.P.C.M. 21/03/2008.³⁹

II D.P.C.M. 14/2/2001

Il D.P.C.M. 14/2/2001 sostituisce, nel panorama normativo italiano, quello che sino ad allora era stato, di fatto, l'unico provvedimento normativo specificamente dedicato all'integrazione socio-sanitaria, ovvero il D.P.C.M. dell'8/8/1985; in particolare, rappresenta l'esplicitazione di quanto previsto dall'art. 3-septies del D. Lgs. 229/99 in materia di prestazioni socio-sanitarie.

Prima però di procedere in tal senso afferma l'importante principio 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" (art. 2, c. 1).

Il D. Lgs. 229/99, si ricorderà, aveva distinto le prestazioni socio-sanitarie in tre tipologie: prestazioni sanitarie a rilevanza sociale; prestazioni sociali a rilevanza sanitaria; prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria. Il D.P.C.M., collegando le prestazioni ai bisogni, approfondisce ulteriormente tale classificazione, introducendo ed esplicitando i criteri di definizione delle prestazioni socio-sanitarie: la natura del bisogno, la complessità e l'intensità dell'intervento assistenziale, nonché la sua durata (art. 2, c. 2 e segg.).

³⁷ "Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio-sanitaria, a norma dell'Art. 2, comma 1, lettera n) della legge 30 novembre 1998, n. 419".

³⁸ "Definizione dei livelli essenziali di assistenza".

³⁹ "Nuovi livelli essenziali di assistenza erogati dal Servizio Sanitario Nazionale".

Il Decreto inoltre riprende (nell'art. 3), ampliandole, le descrizioni delle tre tipologie di prestazioni socio-sanitarie, e si conclude con una tabella dettagliata in cui vengono riportate, suddivise per aree, le diverse prestazioni/funzioni interessate all'integrazione, con i rispettivi riferimenti legislativi e l'indicazione dell'ente cui compete la spesa prevista per i vari gruppi di prestazioni (eventualmente, là dove c'è una competenza concorrente, indicando le percentuali di spesa in carico rispettivamente al servizio sanitario ed all'ente locale).

Guardando globalmente all'impostazione data dal Decreto, per quanto riguarda la suddivisione di titolarità e competenze economiche, si nota una tendenza ad attribuire al servizio sanitario la totale competenza nelle fasi acute e post-acute (e dunque, presumibilmente per periodi di tempo limitati), ed a ripartire la competenza tra sanità ed ente locale quanto più ci si avvia a fasi della malattia a lungo decorso, ad esempio nelle lungodegenze – riprendendo, di fatto, la suddivisione tra “spesa sanitaria” e “spesa alberghiera” già adombrata nel D.P.C.M. del 1985 (Ragaini, 2002, 4-5).

II D.P.C.M. 29/11/2001

Diversa rispetto al precedente – ma certamente non meno importante – è la portata, anche sul tema dell'integrazione socio-sanitaria, del D.P.C.M. 29/11/2001, che ha come tema la definizione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria.

Esso dapprima offre una dettagliata classificazione dei livelli essenziali, ovvero accorpa in tre macroaree (“assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro”; “assistenza distrettuale”; “assistenza ospedaliera”) l'insieme di prestazioni garantite dal Sistema Sanitario Nazionale; successivamente presenta – anche qui, come nel Decreto esaminato in precedenza, attraverso l'utilizzo di tabelle per le singole aree – una ricognizione delle varie prestazioni, con riferimento (e, spesso, rinvio) alle normative di settore.

Il Decreto ha inoltre una sezione importante specificamente dedicata all'integrazione, in particolare le tabelle dell'all. 1.C, che riprende ed inquadra nei più ampi livelli delle prestazioni quanto sostanzialmente già previsto dal D.P.C.M. precedente. L'importanza di questo nuovo Decreto dunque sta nel collocare le prestazioni socio-sanitarie in un contesto di livelli di assistenza definiti “essenziali”.

In realtà, chi si aspettasse di trovare nel Decreto una puntuale declinazione di “quanto” il cittadino possa aspettarsi (e dunque, in che misura si tratti di diritti realmente esigibili ...) dal Servizio Sanitario Nazionale, resterebbe deluso:⁴⁰ le tabelle dell’all. 1.C. riportano unicamente i riferimenti alle normative di settore, ivi compreso il D.P.C.M. 14/2/2001 in tutti gli ambiti d’integrazione, e la suddivisione delle competenze di spesa.

II D.P.C.M. 21/03/2008

Questo secondo decreto sul tema dei livelli essenziali si pone come strumento di aggiornamento degli stessi, a distanza di qualche anno dal precedente, ed effettivamente oltre a dettagliare in maniera molto più specifica le tipologie di attività include tra quelle erogabili dal Servizio Sanitario Nazionale una serie di interventi – in ambito preventivo, diagnostico e di cura – precedentemente non previsti.

Sul versante dell’integrazione socio-sanitaria inserisce, all’interno dell’assistenza distrettuale, un Capo (il IV) ad essa specificamente dedicato, che attraverso 14 articoli descrive in dettaglio le varie tipologie di assistenza, a carattere domiciliare, semiresidenziale e residenziale per le varie tipologie di bisogni. In questa parte del decreto ritroviamo temi come la necessità di valutazione multidimensionale e conseguente “presa in carico”, attraverso la definizione di un “Progetto di assistenza individuale”; ed anche la specificazione della ripartizione dei costi, là dove i diversi interventi non sono a totale carico del S.S.N. Di particolare interesse risulta la declinazione delle “Cure⁴¹ domiciliari” (art. 22) in quattro livelli, a partire da quelle definite “prestazionali”, a carattere esclusivamente sanitario, per passare, con il crescere della complessità del bisogno, all’assistenza domiciliare integrata di 1°, 2° e 3° livello, a ciascuno dei quali risponde una continuità assistenziale che si articola su un numero progressivo di giorni a settimana, sino ai 7 nel caso del 3° livello.

⁴⁰ Si può infatti ritenere applicabile anche in questo contesto – almeno per quanto riguarda i “livelli essenziali” specificamente socio-sanitari – l’obiezione mossa da Ferioli all’art. 22 della L. 328/2000, v. *supra*, nota 32.

⁴¹ Si noti l’utilizzo del termine “cure”, tipicamente di derivazione sanitaria, anziché il più generico “assistenza”, utilizzato nel resto degli articoli.

Purtroppo questo decreto ripropone due grosse criticità, in tema di integrazione, già presenti nel precedente:

- ✓ il riferirsi in via quasi esclusiva all'ambito sanitario: dove gli interventi sono a totale carico del S.S.N., anche in aree ad alta integrazione, l'unico cenno all'ambito sociale è, per le varie tipologie di bisogni, la dicitura "l'assistenza distrettuale a (...) è integrata da interventi sociali";
- ✓ nonostante il maggiore dettaglio, e l'aver inserito nuove tipologie di interventi tra quelli erogabili dal S.S.N., si mantiene ancora generico su qualità e quantità delle prestazioni (tranne il cenno, nell'assistenza domiciliare integrata, al numero di giorni su cui articolare gli interventi).

Come si vedrà tra poco, la tematica dei livelli essenziali di assistenza diviene di forte attualità con la legge di riforma del Titolo V della Costituzione, e per tale motivo i due D.P.C.M. in questione rivestono particolare importanza.

1.2.5. La riforma del Titolo V della Costituzione (L. Cost. 3/2001)

Nell'ottobre del 2001 viene approvata – dopo un passaggio attraverso il referendum confermativo – la legge Costituzionale che ridisegna, attraverso la riforma del Titolo V della Parte II, un nuovo assetto dei poteri dando una forte spinta nel senso della sussidiarietà. Essa costituisce, in ambito costituzionale, una vera e propria *rivoluzione copernicana*, di cui la nuova formulazione dell'art. 114 costituisce in certo qual modo il paradigma, passando da una definizione *top-down* ad una *bottom-up*.

Dal punto di vista della potestà normativa tale cambio di impostazione è evidenziato nel novellato art. 117, in cui il processo di delega di una parte di funzioni legislative dallo Stato alle regioni è sostituito dal principio generale secondo cui vengono riservati allo Stato una serie di ambiti in cui si ritiene che non possano essere le singole regioni a legiferare (materie di potestà legislativa esclusiva statale); troviamo poi un'altra serie di ambiti in cui la competenza legislativa è condivisa, su

un piano paritario,⁴² tra Stato e regioni (la c.d. competenza legislativa *concorrente*); tutto il resto, che non viene esplicitamente elencato, è riservato alla esclusiva competenza regionale.

Dal punto di vista amministrativo il cambio di impostazione è contenuto nell'art. 118, che nella formulazione originaria prevedeva l'attribuzione alle regioni delle funzioni amministrative negli ambiti in cui erano delegate a legiferare – fatta salva la previsione che le regioni normalmente esercitavano tali funzioni delegandole a province o comuni (oppure avvalendosi dei loro uffici); nella nuova formulazione invece le funzioni amministrative sono attribuite ai comuni, “salvo che, per assicurarne l'esercizio unitario, siano conferite a province, città metropolitane, regioni e Stato, sulla base dei principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza”.

Il mutato quadro normativo introdotto dalla legge di riforma costituzionale ha interessato ed interessa anche gli ambiti della salute e dei servizi sociali, e dunque di riflesso anche il tema dell'integrazione socio-sanitaria.

Il dibattito tra gli studiosi è molto ampio, pertanto si cercherà di sintetizzarne i punti ritenuti essenziali per la materia dell'integrazione socio-sanitaria:

- ✓ Diversa collocazione e livelli di governo: il primo elemento di dibattito, in materia di rapporti tra servizi sociali e tutela della salute, è la loro diversa collocazione all'interno del novellato articolo 117: mentre infatti la “tutela della salute” è inserita tra le materie di legislazione concorrente (in cui la potestà legislativa spetta alle regioni, salvo la “determinazione dei principi fondamentali”, riservata allo Stato), non vi è menzione esplicita per la materia dei servizi sociali, che dunque rientrano nella residuale legislazione regionale esclusiva.

⁴² Vale la pena, in questo senso, richiamare quanto evidenziato da Mattioni, che collega il disposto dell'art. 117 con quello dell'art. 127, così come novellato dalla L. Cost. 3/2001: al di là della “suddivisione dei compiti” normativi tra Stato e Regioni – che nel campo della tutela della salute apparirebbe sostanzialmente invariato: lo Stato la determinazione dei principi fondamentali, le Regioni tutto il resto, all'interno della “cornice” statale – è l'art. 127 che determina una sostanziale “parità” tra la posizione legislativa dello Stato e quella delle Regioni. Mentre infatti in precedenza lo Stato esercitava un controllo sulla formazione delle leggi regionali, la versione novellata dell'art. 127 prevede “che stato e regione, su un piede di assoluta parità, possano promuovere una questione di legittimità costituzionale rispettivamente nei confronti di una legge regionale o di una legge dello stato (...) quando si ritenga che eccedano le rispettive competenze” (Mattioni, 2002, 53).

Una questione che discende direttamente da tale collocazione riguarda il differente potere esercitabile dalle normative nazionali di settore: ovvero se siano ancora cogenti, in questa nuova prospettiva, le diverse leggi sul Servizio Sanitario Nazionale da un lato e la L.328/2000 dall'altro. Su tale tema sembra unanimemente accettato che in sostanza niente muti circa la tutela della salute, stante la collocazione nella legislazione concorrente: le normative statali assumerebbero così la configurazione di “determinazione dei principi fondamentali” – salva la necessità di non eccedere oltre tale ambito (Mattioni, 2002, 52). Circa la *tenuta* della L. 328/00 il dibattito tra gli esperti è stato – ed è – molto più articolato; infatti da più parti viene evidenziato che, a stretto rigore normativo, rientrando i servizi sociali nella esclusiva competenza regionale, la L. 328/2000 verrebbe di fatto “travolta” dalla legge di riforma costituzionale, dopo neanche un anno dalla sua emanazione, non essendo la potestà regionale assoggettabile – in ambito sociale – ai principi fondamentali della legge statale (Ferioli, 2002). La L. 328/2000 assumerebbe dunque il carattere di una normativa *cedevole*⁴³ rispetto alle norme regionali, valida solamente in assenza della legge regionale di riferimento, e finché perdura tale assenza. Altri autori evidenziano che, se ciò è vero in linea di principio, nella realtà poi la L. 328 – forse anche per l'attesa che l'aveva lungamente preceduta, con il relativo carico di aspettative – ha di fatto rappresentato un modello per la legislazione regionale che l'ha seguita, e che ad essa si è ispirata, almeno negli intenti generali.⁴⁴ Vi è infine chi sostiene che la L. 328, almeno per taluni valori in essa contenuti, costituisca l'attuazione di alcuni principi fondamentali della

⁴³ A conferma di ciò, si veda anche l'art. 1 della L. 5/6/2003, n. 131 “*Disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3*”, che al c. 2 recita: “Le disposizioni normative statali vigenti alla data di entrata in vigore della presente legge nelle materie appartenenti alla legislazione regionale continuano ad applicarsi, in ciascuna Regione, fino alla data di entrata in vigore delle disposizioni regionali in materia, (...), fatti salvi gli effetti di eventuali pronunce della Corte costituzionale”.

⁴⁴ Diverse normative regionali richiamano nel titolo la realizzazione di un “sistema integrato (di interventi e servizi sociali)”: ad es., la L.R. Emilia-Romagna n. 2/2003; la L. R. Puglia n. 17/2003; L. R. Piemonte n. 1/2004; la L.R. Friuli-Venezia Giulia n. 6/2006; la L. R. Umbria n. 26/2009; quando addirittura non dichiarano esplicitamente di voler “attuare la L. 328/2000” (ad es., L.R. Calabria n. 23/2003). Sulla riflessione in proposito si veda anche Balduzzi (2004).

Costituzione – in particolare, degli artt. 3 e 38 – e dunque in tal senso continuerebbe ad indirizzare e limitare la legislazione regionale.⁴⁵

Tutte queste riflessioni interessano il tema dell'integrazione socio-sanitaria perché toccano la questione del “chi decide cosa” nei due ambiti sanitario e sociale, e dunque le possibilità reali di integrazione istituzionale, in contesti regionali diversificati.

- ✓ Significato e livelli della programmazione: alla luce di quanto esaminato nel punto precedente la programmazione – almeno per quanto riguarda il livello nazionale – viene ad assumere, con la legge di riforma costituzionale, connotati diversi: infatti se in campo sanitario, mantenendosi sul filo dei *principi*, e di una certa dose di coordinamento, si può ancora pensare ad una programmazione a carattere nazionale, ciò diventa estremamente più complesso in campo sociale, pur considerando la necessità di contemperare le ragioni dell'autonomia regionale con il principio di unità ed indivisibilità della Repubblica, ai sensi dell'art. 5 della Costituzione. Ad una simile impostazione ha coinciso, nei fatti, una continuità nell'emanazione di Piani Sanitari Nazionali (pur nella modificazione di contenuti e livelli di cogenza), mentre il Piano Nazionale degli Interventi e Servizi Sociali 2001-2003 è rimasto l'unico nel settore. E dunque, si può dire che quella integrazione a livello programmatico che quest'ultimo postulava come premessa fondamentale per una concreta integrazione gestionale sia possibile e vada realizzata unicamente a partire dal livello regionale.
- ✓ Livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali: come si è visto, questo ambito è l'unico in cui vi sia una competenza statale esclusiva, sia per l'area sanitaria che per quella sociale, e quindi in cui sia possibile, per lo Stato, “impostare” anche dei fondamenti per l'integrazione socio-sanitaria che, al di là delle necessarie specificazioni regionali, creino una base comune su tutto il territorio nazionale.

⁴⁵ In tale prospettiva si muove, ad esempio, Mattioni (2007).

Si è visto come il tema dei livelli essenziali fosse già presente nel D. Lgs. 229/99 da un lato e nella L. 328/00 dall'altro;⁴⁶ ma certo risulta fondamentale, nella nuova prospettiva costituzionale, che alla forte spinta verso il decentramento si accompagni il punto fermo di livelli essenziali di prestazioni da garantire “su tutto il territorio nazionale”. Tale disposizione dell'art. 117 viene peraltro rafforzata da quella dell'art. 120, c. 2, che disciplina i poteri sostitutivi, conferiti allo Stato in caso di inadempienza delle regioni: ciò avviene solo per materie ad alto interesse nazionale, quali il rispetto di norme internazionali, la tutela dell'unità del Paese, ed “in particolare per la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali”.

A tale enfasi posta dalla legge di riforma costituzionale non si è però affiancata, ad oggi, una disciplina che – in campo sanitario ma soprattutto in quello sociale, e conseguentemente nell'ambito dell'integrazione – determini con chiarezza e precisione quali siano i livelli essenziali garantiti e quindi realmente esigibili.⁴⁷ Tale definizione parrebbe oggi quanto mai necessaria, non solo perché anche la Corte Costituzionale ha precisato che l'esercizio del potere sostitutivo statale è possibile solo se i livelli essenziali siano stati previamente determinati dal legislatore;⁴⁸ ma anche e soprattutto al fine di porre le basi per una reale e concreta esigibilità di un complesso di prestazioni e servizi socio-sanitari integrati.

1.3. Verso una definizione del concetto

Il percorso normativo descritto, unitamente alla parallela riflessione concettuale che ne ha spesso anticipato i tempi, pur non mostrando sempre caratteristiche di coerenza interna e di linearità presenta alcuni elementi che possono configurarsi come dimensioni del concetto di integrazione socio-sanitaria.

⁴⁶ Come osserva Balduzzi (2002, 18), “la lettera *m*) dell'art. 117, 2° c. rappresenta la costituzionalizzazione di una nozione già presente nella legislazione ordinaria, proprio nella materie sanitaria e sociale”.

⁴⁷ Oltre alle già citate osservazioni di Ferioli (2002, 2) si esprime in tal senso anche Ranci Ortigosa (2007, 58-59).

⁴⁸ Si tratta della sentenza n. 6/2004, richiamata da Tubertini (2005, 13).

In primo luogo, l'integrazione è fortemente connessa con l'idea di *salute globale*, non solo perché intesa come uno “stato di completo benessere fisico, mentale e sociale”, secondo la definizione dell'O.M.S.; ma anche per la stretta interdipendenza degli aspetti sanitari e sociali in una stessa persona, ed il conseguente, significativo ruolo dei *determinanti sociali di salute* quali la presenza di reti sociali e di comunità, le condizioni di vita e di lavoro, e più in generale le condizioni socio-economiche, culturali, ambientali.⁴⁹

Tale connessione presenta però un elemento di criticità nel momento in cui l'evoluzione legislativa privilegia, lungo tutto il suo corso, la componente sanitaria, maggiormente normata rispetto a quella sociale e più di essa “attenta” ai temi dell'integrazione; sembrerebbe cioè che l'integrazione stessa sia un problema peculiare dell'ambito sanitario, e non un punto di congiunzione tra questo ed il sociale.

Una simile prospettiva, non sempre chiaramente delineata nella riflessione concettuale⁵⁰ ma costantemente presente nelle norme, di fatto propone una relazione tra sanitario e sociale di tipo asimmetrico, in cui il primo sembrerebbe configurarsi come il “tutto” in cui la “parte” sociale deve integrarsi; nella seconda parte del lavoro si cercherà di vedere se e come ciò abbia potuto avere conseguenze nella realtà operativa.

Un secondo elemento che emerge sin dagli anni '70 è la connessione dell'integrazione con il *territorio*, luogo in cui può realizzarsi e da cui prende, in certo modo, senso e significato; territorio che si sostanzia nella centralità del distretto:

⁴⁹ Un'interessante disamina sui determinanti della salute si trova in Geddes da Filicaia, Maciocco (2007), articolo che sintetizza il più ampio documento “*Levelling up*”, prodotto da M. Whitehead e G. Dahlgren, e pubblicato nel 2006 dall'O.M.S. Sul tema si veda anche Maciocco, Scopetani (2010).

⁵⁰ La prevalenza del sanitario sul sociale è peraltro implicitamente conseguente alla definizione dell'O.M.S. – là dove il concetto di salute *comprende* i diversi aspetti del benessere – dal momento che depositario della tutela della salute risulta essere l'ambito sanitario. In tal senso si muovono criticamente Casale, Di Santo, Toniolo Piva (2006); una diversa lettura viene invece proposta da Ingrosso (2000).

È bene (...) rivedere la nostra concezione del distretto di base ricentrandolo nel sistema Unità locale dei servizi. Questo significa superare la concezione del distretto come «periferia di» o come «terminale di» in un sistema ospedalecentrico e specialista-centrico. Il distretto deve avere un ruolo centrale nel sistema e tutti gli altri soggetti specialistici o meno devono fare da supporto alle attività di base (...) Solo nel distretto è possibile infatti una ricomposizione di conoscenze sulla persona e sui gruppi e quindi una ricomposizione degli interventi. (Alesini, 1994, 139-140)

Il distretto nella riflessione teorica viene quindi identificato, almeno inizialmente, come l'ambito organizzativo-territoriale adeguato a:

- ✓ garantire la partecipazione dei cittadini;
- ✓ permettere la contemporanea presenza, in un'unica sede, di operatori di diverse professionalità;
- ✓ fondarsi su nuove metodologie, sviluppando il lavoro di équipe.

Nella definizione normativa però, se inizialmente con la L. 833 i distretti potevano costituire una dimensione territoriale abbastanza coerente con tali idee-cardine, nei successivi sviluppi di tipo aziendalistico ha finito per assumere una portata territoriale e demografica troppo ampia, almeno per alcune di esse;⁵¹ senza contare che, almeno a livello nazionale, i distretti sono stati definiti unicamente a livello sanitario.

Ciò nonostante la dimensione distrettuale resta a tutt'oggi l'ambito in cui è possibile implementare l'integrazione socio-sanitaria, grazie anche alla nuova attenzione al territorio "vicino al cittadino" postulata dalle logiche della sussidiarietà, sia in senso verticale che orizzontale, prima promosse dalle normative a carattere amministrativo e successivamente costituzionalizzate dalla riforma del Titolo V.

La centralità dell'elemento distrettuale per l'integrazione socio-sanitaria è all'origine della scelta di individuare, come unità di indagine della ricerca sul campo, i distretti sanitari⁵² della regione Lazio.

⁵¹ In tal senso può essere esemplificativa l'attuale configurazione dei distretti nella regione Lazio, che verrà presentata più avanti nel cap. 4.

⁵² La scelta dei distretti sanitari, lungi dal voler essere un'opzione a carattere *asimmetrico*, è dettata da ragioni di opportunità, legate alla particolare configurazione istituzionale della regione.

Il terzo elemento che può considerarsi ormai acclarato, sia da un punto di vista concettuale che normativo, concerne le modalità di attuazione dell'integrazione stessa, secondo quanto previsto dal P.S.N. 1998/2000: perché possa realizzarsi compiutamente, è necessario che venga posta in atto sinergicamente ai tre livelli istituzionale, gestionale e professionale; attori e strumenti dei diversi livelli, in particolare dei primi due, sono talvolta parzialmente sovrapponibili, e non sempre indicati in maniera univoca dai diversi autori. Si proporrà dunque, in questa sede, la lettura ritenuta più adeguata.

Il livello istituzionale si articola su più piani: innanzi tutto quello normativo, nazionale e regionale, che sono chiamati a predisporre le condizioni di base; a livello territoriale concerne i rapporti tra le diverse amministrazioni interessate (A.S.L. e comuni), che si accordano per conseguire obiettivi condivisi. I principali strumenti di coordinamento si possono ravvisare sostanzialmente negli istituti giuridici previsti inizialmente dalla L. 142/90 ed ora ricompresi nel D. Lgs. 267/2000: consorzi, accordi di programma, convenzioni.

Il livello gestionale dell'integrazione è connesso direttamente al distretto, ed alle strutture operative che in esso insistono; prende forme diverse nelle varie realtà regionali, dalla delega di funzioni socio-assistenziali dai comuni all'Azienda Sanitaria (utilizzata più frequentemente negli anni '70 e '80, poi gradualmente abbandonata), alla gestione coordinata tramite accordi tra amministrazioni, a forme innovative di esercizio congiunto quali le Società della Salute, in Toscana (Burgalassi, 2006). A questo livello si collocano i processi programmatori, il coordinamento di procedure operative anche attraverso i protocolli d'intesa, e tutto ciò che concerne la collaborazione tra servizi.

L'integrazione professionale è strettamente correlata alla condivisione delle attività tra operatori diversi, e "si realizza nel momento in cui i singoli operatori/professionisti coinvolti mettono in gioco le rispettive risorse per affrontare i bisogni nelle loro molteplici dimensioni" (Vecchiato, Canali, Innocenti, 2009, 45). Viene costruita tra figure professionali diverse, sia appartenenti allo stesso servizio sia soprattutto a servizi differenti, avvalendosi di strumenti quali le équipes multidisciplinari, le unità valutative integrate, la gestione unitaria della documentazione.

La necessità della compresenza e della sinergia tra i tre livelli considerati costituisce l'ipotesi-base a partire dalla quale si è articolata la ricerca sul campo; prima però di esplorarne i risultati è utile approfondire maggiormente l'analisi delle normative sopra presentate.

2. Alcune possibili prospettive attraverso le quali analizzare la normativa sull'integrazione socio-sanitaria

Nell'exkursus del capitolo precedente si è visto già, in controluce, come l'evoluzione della normativa non sia neutra, ma risponda, di volta in volta, a logiche specifiche che ne orientano la direzione.

In particolare, si può intravedere come nel corso del tempo la legislazione esaminata si sia misurata con differenti obiettivi (sia che fossero scopi propri dell'integrazione stessa, sia che fossero finalità *altre* a cui doveva in certo modo conformarsi); obiettivi che, si può dire, definiscono l'integrazione socio-sanitaria a partire da prospettive diverse.

Prima di cercare di rileggere il percorso legislativo che ha portato all'assetto attuale attraverso le diverse prospettive individuate occorre declinarle attraverso anche gli apporti di altre discipline.

L'analisi prenderà in considerazione tre prospettive principali, rintracciabili nelle normative prese in esame:

- la **prospettiva economica** → ovvero il reciproco ruolo tra integrazione socio-sanitaria e risorse a disposizione;
- la **prospettiva organizzativa** → l'integrazione socio-sanitaria è correlata ad una buona organizzazione dei servizi;
- la **prospettiva personalistica** → l'integrazione socio-sanitaria ha come obiettivo quello di mettere il sistema dei servizi in condizione di rispondere adeguatamente ai bisogni della persona.

2.1. Dagli studi economici ad una prospettiva economica

Sintetizzare in poche pagine la storia del pensiero economico degli ultimi quattro/cinque secoli – se non addirittura oltre due millenni⁵³ – sarebbe

⁵³ Ci si riferisce qui in particolare alla posizione sostenuta da R. E. Backhouse, secondo il quale l'economia "non ha un inizio né un «fondatore», poiché gli individui hanno da sempre affrontato quei problemi che ora noi consideriamo tipicamente economici" (Backhouse, 2003, XIII).

un'operazione molto complessa anche per un addetto ai lavori, e certamente non avrebbe in questo contesto alcuna utilità; si cercherà dunque di richiamarne alcune linee, essenziali al fine che in questa sede ci si propone.

Il percorso di definizione dell'oggetto di studio può partire dalle indicazioni fornite da alcuni studiosi della materia; nel citato testo di Backhouse troviamo, ad esempio, quelle di L. Robbins ("scienza che studia la condotta umana come una relazione tra scopi e mezzi scarsi applicabili ad usi alternativi") e di A. Marshall ("studio del genere umano negli affari ordinari della vita"). Entrando maggiormente nel merito, Caffè evidenzia come l'indagine economica si sviluppi lungo due filoni, che per lui costituiscono altrettanti compiti della scienza economica: quello puramente conoscitivo, e quello di "guida e ausilio alla soluzione dei problemi concreti della vita sociale" (Caffè, 1971, 11): e dunque per lui economia generale e politica economica fanno parte di un *continuum*, e sono distinte tra loro essenzialmente per il decrescente livello di astrazione dell'analisi. Pur tenendo presente tale impostazione, in questa sede – per il particolare campo di interesse – ci si concentrerà sugli aspetti di politica economica, ed in particolare sul tema dei rapporti tra Stato ed economia.⁵⁴ In particolare, verranno richiamati – attraverso l'analisi delle principali tematiche portate avanti da alcuni degli autori più rappresentativi – i due maggiori filoni di pensiero: liberisti da un lato; sostenitori dell'intervento pubblico dall'altro. Verranno successivamente indicati alcuni elementi di quella che si è ritenuto di definire, riprendendo Caffè (1971, 56 e segg.), una *lettura soggettiva* dell'economia, nel senso che tiene conto – in misura decisamente maggiore rispetto alle altre due linee di pensiero – dell'influenza dei fattori soggettivi. Il comprimere in tal modo l'ampiezza (in termini di tempo, autori e varietà di sfumature di pensiero) verrà effettuato nella consapevolezza che si tratta di operazione un po' forzata, ma considerata utile al successivo lavoro.

⁵⁴ Tale precisazione richiama l'idea di F. Caffè, anch'essa riportata nel testo precedentemente citato, che la politica economica non si esaurisca unicamente nello studio dell'intervento statale nella vita economica; benché quest'ultimo costituisca – come riconosciuto dallo stesso – la parte maggiormente trattata della politica economica.

2.1.1. Dal *laissez faire* al liberismo contemporaneo

Il pensiero economico moderno si sviluppa inizialmente su due idee-cardine: da un lato, la convinzione dell'esistenza di un *ordine naturale* presente nelle attività economiche; dall'altro, l'assunto che all'origine del comportamento economico vi sia l'interesse individuale. La prima idea era sostenuta in particolare dal gruppo dei "fisiocratici", che riteneva che l'economia fosse regolata da leggi analoghe alle leggi fisiche universali. Lo scopo dell'economia era, per tali studiosi, applicare l'ordine naturale – conoscibile attraverso la ragione⁵⁵ – allo studio dei fenomeni ed all'amministrazione della società. L'altra idea forte, la cui pregnanza nella storia del pensiero economico è giunta sino ai nostri giorni, nasce nello stesso periodo nella scuola illuminista scozzese, dapprima in B. de Mandeville e poi in A. Smith. Per quest'ultimo studioso, "ogni individuo cerca continuamente di trovare l'impiego più vantaggioso di quel capitale di cui disponga", e d'altronde "ciascun individuo, nella sua situazione locale, potrà giudicare molto meglio di quanto possa fare per lui uno statista o un legislatore".⁵⁶ La ricerca dell'interesse individuale dei singoli porta, per Smith, a realizzare l'interesse della collettività, grazie al mercato che funziona come una *mano invisibile*: facendo sì che ciascuno produca quello che gli altri desiderano, ed armonizzando quindi i diversi interessi, senza che gli individui stessi debbano mettersi in una prospettiva altruistica. Da queste due idee-cardine non può che discendere una concezione liberista di politica economica (secondo l'espressione resa nota da V. de Gournay "laissez faire, laissez passer"), per la quale è opportuno lasciar operare il mercato, senza introdurre interventi statali che sarebbero solamente negativi. C'è da dire che – rispetto a quanto ritenuto nel secolo XIX – diversi autori contemporanei⁵⁷ evidenziano come il pensiero sia di Smith, che di altri autori della sua epoca, non esiti in un liberismo assoluto: egli infatti riconosce un ruolo allo Stato nel garantire la giustizia e le forze armate, ma anche le "opere pubbliche e pubbliche istituzioni" (tra cui, ad esempio, i trasporti e l'istruzione elementare), ritenendo che "un esercizio della libertà naturale che potrebbe danneggiare la sicurezza dell'intera

⁵⁵ Non bisogna dimenticare che siamo in Francia, nel XVIII secolo, in pieno periodo illuminista, ed i fisiocratici nascono proprio in tale contesto.

⁵⁶ Si tratta di frasi tratte dall'opera principale di A. Smith, *Ricerche sopra la natura e le cause della ricchezza delle nazioni*, riportate in Caffè (1971, 36).

⁵⁷ Si vedano, fra gli altri, Backhouse (2003), Besomi, Rampa (1998), Caffè (1971).

società è, e deve essere, limitato da tutti i governi, dai più liberi come dai più dispotici”.⁵⁸ Smith non ritiene comunque che debba esserci un intervento statale nel mantenimento del livello di occupazione, dato che in un regime di libertà perfetta le risorse umane eventualmente eccedenti in una certa area si ricollocherebbero naturalmente in altre occupazioni, in cui c'è richiesta di forza-lavoro.⁵⁹

Facendo un “salto temporale” non di poco conto (senza che peraltro le idee dei classici – e di Smith in particolare – cessino in tale fase di trovar credito nel pensiero degli studiosi di economia) troviamo una ripresa ed un nuovo impulso all'idea liberista nel periodo tra le due guerre mondiali, con il movimento “neo-liberale”,⁶⁰ che si caratterizza per il rifiuto di ogni collettivismo⁶¹ e l'identificazione dell'essenza liberale nella proprietà privata e nel funzionamento del meccanismo dei prezzi. Secondo gli studiosi che si riconoscono in questo movimento, le idee liberiste classiche sono sostanzialmente ancora valide, ma in definitiva non più applicate – e ciò ha provocato una serie di eventi critici nell'economia mondiale: dalla rivoluzione russa, con la creazione dell'economia collettivista, alla crisi del 1929. Per i neo-liberali l'unità fondamentale di riferimento è l'individuo, che in un regime concorrenziale può massimizzare il proprio utile grazie al sistema dei prezzi, che attraverso cali e rialzi *segnalano* a ciascuno come muoversi. Come si intuisce, anche per questo gruppo di pensatori, lo Stato non deve intervenire nei meccanismi del mercato, neppure in periodi di crisi; poiché le crisi ed i disequilibri non rappresentano altro che manifestazioni del ciclo naturale di crescita, sviluppo e declino delle imprese economiche.

⁵⁸ Si tratta anche qui di un'espressione tratta dalla citata opera di A. Smith, riportata in Besomi, Rampa (1998, 38).

⁵⁹ Questa idea trova compiutezza nella *legge degli sbocchi* di J. B. Say, secondo cui la domanda non può mai essere insufficiente, perché è l'offerta stessa che crea la propria domanda: e dunque, in quella particolare tipologia di *bene* costituita dalla forza-lavoro, per assicurare il pieno utilizzo delle risorse – la piena occupazione – è sufficiente non porre ostacoli alla tendenza dei produttori ad immettere sul mercato nuove merci (cfr. Backhouse, 2003, e Besomi, Rampa, 1998).

⁶⁰ La definizione, come evidenziano Besomi e Rampa, fu proposta nel 1938, nel corso di una conferenza tenutasi a Parigi.

⁶¹ Si sente in questo un'eco dei dibattiti suscitati negli studiosi, in quegli anni, non solo dal pensiero marxiano, e dalla sua applicazione concreta all'economia di un grande stato come l'Unione Sovietica; ma anche il rifiuto delle economie corporative realizzatesi nei regimi fascisti in quegli anni. Cfr. in proposito Besomi, Rampa (1998, 131).

Il tema della stabilità dei prezzi come obiettivo principale della politica economica, unito alla fede nelle capacità auto regolative del mercato costituiscono i capisaldi del pensiero “monetarista”, ed in particolare del suo maggiore esponente, M. Friedman. La definizione di monetarismo viene dal ruolo prioritario assegnato da tali studiosi della scuola di Chicago ai fattori monetari, ed in particolare al ruolo svolto dall’offerta di moneta nel controllo della stabilità dei prezzi. Il tema della piena occupazione – che costituisce invece, come vedremo, l’obiettivo principale della politica economica secondo Keynes – diventa in questa ottica una sorta di conseguenza dell’agire del libero mercato, che tende ad operare a quello che Friedman definisce il “tasso naturale di disoccupazione”. L’esistenza di disoccupazione in misura maggiore a tale tasso – dovuta a squilibri nel mercato creati dall’intervento pubblico nello stesso – è riassorbibile pensando al lavoro come ad un qualsiasi *bene* sul mercato: e dunque per favorirne la domanda in un momento in cui questa è inferiore all’offerta, occorre diminuirne il prezzo. La flessibilità dei salari è dunque, nell’ottica liberista attuale, l’unico strumento utile per diminuire la disoccupazione. Un’altra caratteristica del pensiero di Friedman è che la fiducia nelle capacità del mercato si accompagna, in questo autore, ad una severa critica dell’intervento statale, tanto da fargli specularmente completare l’idea della *mano invisibile* coniata da A. Smith:

In *economia* le persone che cercano di fare solo il proprio interesse sono guidate da una mano invisibile a promuovere l’interesse *pubblico*. Nella sfera *politica* individui (...) che cercano di fare l’interesse pubblico come lo intendono loro sono guidati da una mano invisibile che accresce gli interessi *privati*: ciò che non è nelle loro intenzioni promuovere. (Friedman, 1981, 51; corsivi dell’autore).

Ultimo elemento che pare interessante evidenziare, per il fine che qui ci si propone, è l’enfasi posta da Friedman nella rivendicazione della libertà di scelta individuale, che a suo avviso aumenta proporzionalmente al diminuire del potere del

governo: con la conseguente individuazione dei *vouchers* quale strumento ottimale per garantire la libertà di scelta, nonché per favorire la concorrenza.⁶²

2.1.2. Per un intervento pubblico nell'economia

Gli inizi del pensiero economico moderno presentano dunque una forte prevalenza della corrente liberista, che riteneva opportuno che lo Stato limitasse i propri interventi al “minimo indispensabile”, coincidente in linea di massima con le attività indicate da Smith.⁶³ Qualche apertura maggiore si era intravista in N. W. Senior, che sostituiva il *laissez faire* come principio generale – a cui possono essere poste delle eccezioni – con il principio dell'opportunità (*expediency*): una volta che un intervento è giudicato opportuno, il governo può attuarlo. Oppure in J. S. Mill, che da un lato circoscriveva la validità della formula smithiana (“il singolo è il miglior giudice dei propri interessi”), declassandola, per così dire, da principio scientifico a mera norma pratica; dall'altro dava un nuovo rilievo all'importanza di quanto l'azione pubblica può realizzare con “l'essere di guida e accrescere le possibilità d'informazione”,⁶⁴ e soprattutto indicando la possibilità di mutare la relazione tra pubblico e privato da un rapporto di tipo antagonistico ad uno di tipo complementare.

Al di là delle posizioni di questi ultimi due autori – che appaiono più come “ridimensionamenti interni” di un'idea liberista, che come nuovi sistemi di pensiero – il primo studioso che mette seriamente in discussione l'impianto descritto nel

⁶² Un interessante esempio di pensiero divergente circa la stretta correlazione tra il meccanismo dei *voucher* e le logiche del libero mercato si trova in M. Villa (2003, 112-119). Egli sostiene che nel complesso del sistema di welfare, costruito in particolare nella realtà lombarda, il rapporto tra offerta e domanda non sia equiparabile a quello del mercato, poiché di fatto entrambe vengono regolate dall'attore istituzionale (in questo caso, la Regione) “a monte” del bisogno: l'offerta, attraverso processi di programmazione e la domanda attraverso la definizione della quantità di *voucher* in relazione al budget disponibile. Anche per tali motivi il *voucher* non comporta, secondo tale autore, un reale aumento della libertà di scelta dell'utilizzatore di servizi e prestazioni. Su quest'ultimo tema si veda anche Avanzini, Ghezzi, (2010, 4).

⁶³ La maggior parte degli studiosi consultati mette in evidenza come le posizioni di tali autori nascano anche per contrapposizione alle precedenti idee mercantiliste, in cui l'attività economica ruotava attorno al sovrano, e le politiche erano rivolte ad aumentarne la ricchezza, grazie ad incentivi all'esportazione e disincentivi all'importazione di merci. Cfr. in proposito Backhouse (2003), Besomi, Rampa (1998), Caffè (1971).

⁶⁴ L'espressione, tratta dall'opera di J. S. Mill *Principles of Political Economy*, è riportata in Caffè (1971, 52).

paragrafo precedente è certamente J. M. Keynes. Con le sue opere (di cui la principale è la *Teoria generale dell'occupazione, dell'interesse e della moneta*) Keynes si pone in aperto dissidio con gli autori di stampo liberista, in particolare proprio nell'analisi dei rapporti tra mercato ed intervento pubblico. Pur essendo un "convinto e persistente assertore dell'iniziativa e della responsabilità individuale" (Caffè, 1971, 128), al tempo stesso ne riconosce difetti ed abusi; e ciò lo porta anche, per conseguenza e grazie allo sviluppo dei propri studi, a dubitare della effettiva capacità autoregolatrice del sistema economico, fortemente propugnata dagli economisti classici. In particolare, egli contesta l'idea che l'equilibrio garantito dal libero mercato coincida con una situazione di piena occupazione,⁶⁵ dimostrando anzi che esiste la concreta possibilità di vari gradi di equilibrio – coincidenti con diversi gradi di occupazione – ed in particolare di un *equilibrio stabile di disoccupazione*, in cui un sistema economico può permanere anche per lungo tempo, a meno che non si intervenga a rimuoverlo con idonee misure di intervento pubblico (che quindi divengono una componente essenziale del raggiungimento e mantenimento delle condizioni di pieno impiego). In particolare, Keynes individua due misure principali di politica economica: la riduzione del tasso di interesse, per favorire gli investimenti; e la spesa pubblica in deficit (il cosiddetto *deficit spending*), nelle varie forme possibili, che costituisce per una parte della popolazione un reddito aggiuntivo, andando quindi ad incrementare la capacità reale d'acquisto. Il deficit di bilancio pubblico non va però, per l'autore, "risanato" con altre tasse, che ridurrebbero l'incremento di reddito, e dunque vanificherebbero l'efficacia delle misure. Il tema dell'occupazione acquista dunque, in Keynes, un rilievo essenziale negli studi economici; ed è importante notare come "la soluzione, o comunque attenuazione, del problema della disoccupazione rappresenta, al di là dell'evidente aspetto di equità sociale, un *recupero di efficienza* sul piano macroeconomico" (Regoli, 2004, 43; corsivo dell'autore).

⁶⁵ "Le nostre idee sull'economia (...) sono imbevute di presupposti teorici che sono applicabili in modo appropriato solo a una società che è in equilibrio, con tutte le risorse produttive già impiegate. Molti tentano di risolvere il problema della disoccupazione con una teoria che è basata sull'assunto che non c'è alcuna disoccupazione" (J. M. Keynes, *The General Theory of Employment, Interest and Money*, citato in Regoli, 2004, 51).

In Italia la linea di pensiero di Keynes trova un importante sostenitore in Caffè, che non solo evidenzia il suo apporto al linguaggio della scienza economica e l'importanza della "stretta connessione che Keynes stabilì tra formulazione teorica e indicazioni di politica economica *valide per i problemi immediati dell'epoca*" (Caffè, 1984, 137); ma approfondisce anche – riprendendo il contributo di diversi autori, da Marshall a Pigou a Coase – il tema della distanza tra interesse individuale ed interesse sociale, attraverso lo studio delle *esternalità*: ovvero in particolare di costi esterni al processo di produzione che ricadono non sui privati produttori, ma sull'intera collettività.⁶⁶ Tale analisi contribuisce a confutare l'assunto smithiano della coincidenza tra interesse individuale ed interesse sociale. Particolarmente appassionato è anche, in Caffè, l'interesse per il tema dell'occupazione, sintetizzabile tra gli altri nella sua affermazione che "la pretesa «libertà ed autonomia» del sistema produttivo si è storicamente basata sul dramma umano della disoccupazione" (Caffè, 1986a, 91).

Una posizione particolare occupa nel panorama dell'economia contemporanea A. Sen, del cui pensiero vale la pena di richiamare solo alcuni tratti, strettamente legati alle tematiche esposte da coloro che sostengono la necessità di un intervento pubblico nell'economia. Innanzi tutto il tema della libertà di scelta, così caro ai liberisti, che questo autore ri-coniuga ponendo in evidenza la necessità che tale libertà sia effettiva, e dunque legata alla *capacità* di ciascuno di poterla e saperla esercitare; capacità che non è affatto scontata in tutti i luoghi e le situazioni sociali. In particolare, sottolinea Sen richiamando A. Smith, "la libertà stessa di scambio e transazione è parte integrante di quelle libertà fondamentali cui gli esseri umani attribuiscono – a ragione – un valore" (Sen, 2000a, 12); ma questa premessa serve a Sen non per riproporre un nuovo liberismo, quanto per evidenziare come la libertà di partecipare al mercato del lavoro sia negata in molte parti del mondo; e come

⁶⁶ Un esempio classico in questo senso è quello degli scarichi nocivi di un'industria chimica; la posizione su questo tema di studiosi come Coase è che i problemi sollevati dalle esternalità negative andrebbero risolti tramite accordi contrattuali tra le parti – nel caso in esempio, tra l'industria chimica e la collettività circostante – che mirino in certo modo a re-internalizzare nell'industria i costi, senza ricorrere all'intervento pubblico; a tale opinione Caffè contrappone, non senza una certa lungimiranza, l'idea che tali "indirizzi di pensiero, pur proponendosi in linea di principio un maggiore avvicinamento alla realtà, trovano un limite evidente nella circostanza che *l'entità dei costi sociali non pagati è tuttora ben più rilevante degli intralci creati da forme, sia pure farraginose, di regolamentazione pubblica*" (Caffè, 1986a, 50; corsivo dell'autore).

“l’illibertà economica, sotto forma di povertà estrema, può trasformare una persona in preda inerme di chi viola altre forme di libertà” (Sen, 2000a, 14). A tal proposito, Sen ritiene utile e necessario implementare forme di collaborazione tra intervento pubblico ed azione del mercato, portando l’esempio della prevenzione delle carestie, nella quale sono egualmente (e, potremmo dire, sinergicamente) importanti sia l’intervento dello stato volto a creare posti di lavoro (attraverso i quali viene acquisito un certo potere d’acquisto), sia gli scambi commerciali che forniscono cibo (Sen, 2000b, 42-45).

2.1.3. La lettura “soggettiva”: dall’utilitarismo all’economia del benessere

Il pensiero utilitarista nasce con J. Bentham, secondo il quale lo scopo della società è quello di realizzare la massima utilità (o felicità) per il maggior numero di individui; tale valutazione peraltro prescinde da analisi relative alla distribuzione interna delle utilità tra i diversi individui: e dunque, il concetto di massima utilità è legato a ciò che è possibile raggiungere globalmente, in una determinata società. Assunti fondamentali di tale impostazione sono la misurabilità della utilità in ciascun individuo e la confrontabilità tra individui diversi. L’utilità individuale come metro di misura economico viene ripreso ed ampliato dai teorici del marginalismo, diversi dei quali partono appunto da posizioni utilitariste. I marginalisti introducono – nella determinazione dei prezzi – il fattore soggettivo sostenendo che il valore di un bene dipende dalla sua utilità, e dunque dall’importanza che i soggetti vi attribuiscono: più il prodotto è desiderato, più è capace di soddisfare un bisogno e più vale; di conseguenza, ha un maggior costo.

Dal punto di vista della politica economica, che qui interessa maggiormente, gli utilitaristi della scuola di Bentham ed i fondatori del marginalismo (W. S. Jevons, L. Walràs e C. Menger) ricalcano per lo più le posizioni liberiste, già richiamate in precedenza. Un contributo specifico in tal senso lo apporta, in Italia, F. Ferrara, che oltre ad affermare esplicitamente che il contenuto dell’economia politica è essenzialmente psicologico e ad individuare nell’utilità l’elemento cardine dei processi economici, si preoccupa di analizzare le condizioni che legittimano e delimitano l’intervento pubblico (che lui individua: nell’interesse generale; nella necessità; nel vantaggio derivante da una maggiore efficacia dell’intervento pubblico

rispetto all'azione privata; condizioni che, per giustificare un intervento pubblico, devono essere congiuntamente soddisfatte). Dalla verifica che ne consegue, egli giunge alla conclusione che in ognuna delle forme di intervento pubblico analizzate (tra queste, anche l'ambito della difesa e protezione dei deboli) mancano una o più delle condizioni necessarie: e dunque si tratta di inopportune ingerenze governative, che tra l'altro hanno, a suo avviso, un "effetto disincentivante (...) nei confronti dello spontaneo associazionismo dei privati" (Caffè, 1986a, 29). Di diverso avviso sono, su tale tema, due pensatori come A. Marshall e H. Sidgwick: il primo, che dimostra da un punto di vista teorico la "possibilità di migliorare i risultati conseguibili su un mercato perfettamente concorrenziale, mediante l'azione pubblica";⁶⁷ il secondo, che a partire dall'analisi marginalista porta una critica al sistema della libertà naturale del mercato. In particolare Sidgwick evidenzia che il mercato, anche da un punto di vista strettamente teorico, in certi ambiti non ha alcuna tendenza a realizzare il massimo vantaggio per la collettività: in particolare riguardo all'assetto distributivo, fonte di disuguaglianze,⁶⁸ ed alle possibilità di conflitto tra interessi privati ed interessi sociali.

Tali tematiche vengono riprese ed ampliate dai teorici dell'"economia del benessere";⁶⁹ in particolare A. C. Pigou assume come obiettivo sociale da massimizzare il benessere economico globale della collettività, che per lui – fatti salvi gli assunti dell'utilitarismo benthamiano – è ottenibile come somma del benessere dei singoli individui.⁷⁰ Egli utilizza quale "*indice approssimativo*, ma

⁶⁷ Caffè sottolinea, in tale ambito, che "l'importanza storica della posizione marshalliana nei confronti dell'intervento economico pubblico deriva dal fatto che essa si basa su una critica interna dei risultati ultimi di uno stato d'equilibrio concorrenziale, critica condotta secondo la logica del ragionamento economico e non con il ricorso ad argomentazioni ad esso estranee" (Caffè, 1971, 75).

⁶⁸ Particolare interesse riveste, in questo senso, l'utilizzo del criterio marginalista nell'analisi della distribuzione della ricchezza: se per una persona, sostiene Sidgwick, l'utilità marginale di un certo bene è maggiore che per un'altra, l'utilità totale può essere aumentata redistribuendo il bene a vantaggio di chi ne trae maggior utilità. L'esempio classico è costituito da un bene alimentare di prima necessità come il pane, che costituisce per un povero un bene di maggior valore rispetto ad un ricco: e quindi, per tale autore, togliendo il pane al ricco e dandolo al povero si effettua un'azione che aumenta la ricchezza complessiva (Cfr. in proposito Backhouse, 2003, 285-286).

⁶⁹ L'espressione, che avrà successivamente un ampio utilizzo, nasce nel 1920 come titolo di un volume di A. C. Pigou.

⁷⁰ Caffè evidenzia come in Pigou vi sia la consapevolezza che il benessere economico non si identifica con l'intero benessere, ma che peraltro sia l'unica parte di benessere che possa essere misurata (Caffè, 1971, 88-89).

abbastanza soddisfacente, del benessere economico il *reddito o dividendo nazionale*” (Caffè, 1971, 89). Riprendendo gli spunti dell’analisi di Sidgwick, Pigou propone di analizzare congiuntamente i due aspetti del volume e della distribuzione del reddito nazionale: sostenendo che si ha aumento del benessere economico in caso di aumento del reddito (purché non diminuisca il reddito spettante ai meno abbienti), o in caso di aumento del reddito per i meno abbienti (purché non diminuisca il reddito complessivo). Pigou prosegue poi ad analizzare le circostanze in cui questi due aspetti vadano uno a detrimento dell’altro, ovvero i casi in cui gli interessi privati e quelli sociali divergono; tale studio permette all’autore di individuare alcune categorie di situazioni in cui avviene tale divergenza, e di indicare quali interventi pubblici siano utili a contemperare gli interessi privati e pubblici. Questo lo porta a predisporre “un programma dettagliato per la politica economica, con il quale di fatto propone la formula che sarà in futuro quella dello Stato sociale” (Backhouse, 2003, 288). Tra gli studiosi dell’economia del benessere, una diversa impostazione si può ritrovare in V. Pareto: egli critica l’idea che sia possibile misurare in senso cardinale le soddisfazioni/utilità individuali, e di conseguenza disconosce la possibilità di sommarle e di confrontarle tra individui diversi; e dunque sostiene che – dal punto di vista strettamente economico – sia necessario limitarsi unicamente ai temi dell’efficienza produttiva, senza affrontare le tematiche distributive. Sostiene che la posizione di massimo vantaggio per una collettività (il cosiddetto “ottimo paretiano”) sia quella in cui non sia possibile migliorare la posizione di un soggetto senza peggiorare quella di un altro;⁷¹ di fatto, poiché non vengono analizzati gli aspetti distributivi, “*non esiste un solo ottimo, ma un numero indefinito di diversi possibili ottimi, ciascuno distinto dall’altro a causa di differenze nella distribuzione della ricchezza sociale*” (Caffè, 1984, 30; corsivo dell’autore).

Un passo in avanti in questo ambito di pensiero si ha con i teorici della “nuova economia del benessere”: tra loro, N. Kaldor introduce l’idea che, in caso di mutamenti della distribuzione di reddito, avvenuti in conseguenza di aumenti del volume dello stesso, sia possibile riequilibrare la distribuzione “*attraverso un’azione di governo diretta ad indennizzare le perdite (...) con mezzi ottenuti mediante*

⁷¹ Ciò discende, come naturale conseguenza, dall’idea che le soddisfazioni individuali non siano tra loro confrontabili; e dunque dall’impossibilità di “misurare” se e quanto il vantaggio dell’uno sia maggiore o minore dello svantaggio dell’altro.

prelievi a carico dei produttori avvantaggiati” (Caffè, 1971, 104; corsivo dell'autore).

2.1.4. Verso una prospettiva economica

Come è emerso dai pur brevi richiami dei paragrafi precedenti, la riflessione moderna sui temi di politica economica – nata con un'impronta fortemente liberista – ha poi tracciato percorsi diversificati, che in alcuni momenti sembrano avvicinarsi tra loro, in altri invece appaiono nuovamente polarizzarsi su posizioni “estreme”.

Parallelamente nei diversi Stati si sono andate sviluppando diverse forme di welfare: dalla prima, embrionale, realizzata con la *Poor Law* inglese nel 1601, all'introduzione delle assicurazioni sociali in Inghilterra e Germania nel XIX secolo, sino a giungere nel secolo scorso allo sviluppo più compiuto di sistemi di welfare in diversi Paesi. Tali forme, oltre a succedersi storicamente, possono assumere anche un ruolo di modelli, e ben si prestano in tal senso a leggere le relazioni tra mercato e Stato, o meglio ancora tra politiche economiche e politiche sociali.

L'orientamento che sottende a misure quali le *Poor Law* è strettamente collegato alla lettura in termini liberisti della società: il meccanismo autoregolatore del mercato è quello che offre la migliore distribuzione delle risorse sociali, e deve dunque essere lasciato libero di agire, insieme alle reti sociali primarie deputate a soddisfare i bisogni dei singoli; là dove tali strutture falliscano interviene lo Stato, secondo un modello che R. M. Titmuss, in quello che può essere considerato il primo tentativo di categorizzazione degli orientamenti di politica sociale, definisce *residuale*.

L'impostazione di tipo assicurativo pone una prima “istanza di sfiducia nelle capacità autoregolative del mercato” (Girotti, 2005, 779), tale per cui i lavoratori, attraverso meccanismi contributivi, vengono sostenuti e garantiti nei momenti di difficoltà (infortuni, malattia, vecchiaia). La base dei destinatari di tali misure si allarga – rispetto ai soli poveri – ma resta ancora ristretta a chi lavora, secondo un criterio definito da Titmuss *meritocratico-professionale*.

I modelli di welfare a carattere tendenzialmente universalistico si pongono invece in un'ottica sostanzialmente diversa, collegata all'idea che il mercato non sia in grado di redistribuire equamente le risorse sociali e dunque debba esservi in tal

senso un intervento dello Stato: tanto in termini di politica economica quanto in termini di politiche sociali, con l'obiettivo di "rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana" (*Costituzione, art. 3*).

Alla luce di tali considerazioni si ritiene interessante utilizzare una *prospettiva economica* nella lettura dell'evoluzione della normativa sull'integrazione socio-sanitaria, che si colloca al crocevia tra due ambiti fondamentali delle politiche sociali. In realtà, si tratterà di una prospettiva in certo modo *bifocale*, che ruoterà attorno ad una domanda – quella che interroga gli studiosi di tutti i tempi, e con la quale si cercherà di "interrogare", nel prossimo capitolo, le normative esaminate: qual è il ruolo che deve esercitare l'intervento pubblico nella tutela della salute globale⁷² dei cittadini? È da considerarsi un'eccezione, magari (o *purtroppo*) necessaria in alcuni casi, oppure un fattore costitutivo? Da tale domanda centrale si dipanano alcune importanti conseguenze, che – si spera – aiuteranno a "leggere" con più chiarezza le normative esaminate.

2.2. Dagli studi sull'organizzazione ad una prospettiva organizzativa

Lo studio dell'organizzazione è stato nel tempo affrontato da discipline diverse e conseguentemente con prospettive di analisi differenti; prima di addentrarci in una disamina, seppur sommaria, delle principali linee teoriche sull'argomento è necessario specificare meglio l'oggetto di indagine.

Il punto di partenza può essere la definizione che dà, del termine, il vocabolario della lingua italiana; ma già qui l'operazione si svela non semplice, poiché il vocabolario elenca due significati: per organizzazione infatti si può intendere una "attività e modalità dell'organizzare", oppure un "complesso organizzato di persone e beni, dotato o meno di personalità giuridica".⁷³

⁷² L'utilizzo della locuzione *salute globale* intende qui richiamare esplicitamente la definizione dell'O.M.S. della salute come benessere bio-psico-sociale.

⁷³ Zingarelli N., *Vocabolario della lingua italiana*, Zanichelli, Bologna, 1999; p. 1224.

Uno studio più approfondito sull'origine etimologica e sullo sviluppo del concetto di organizzazione viene presentato da A. Lévy, nell'apposita voce del *Dizionario di Psicosociologia*: il termine deriva la propria radice da *organon* – strumento, utensile. Il suo primo utilizzo è stato in campo biologico (gli organi del corpo umano): a partire dal XV secolo “organizzare” significava “dotare un corpo di organi e in seguito di dispositivi (morali o psichici). L'organizzazione indicava quindi uno *stato*, quello dell'essere organizzato, vale a dire adatto alla vita” (Lévy, 2005, 208; corsivo dell'autore). Successivamente l'utilizzo del termine viene ad estendersi al campo sociale e politico, per arrivare, a partire dal XX secolo, ad essere utilizzato con tre significati diversi:

- ✓ organizzazione come stato/struttura/sistema organizzativo: i componenti stabili dell'organizzazione, ovvero la struttura formale e le norme interne dell'organizzazione stessa;⁷⁴
- ✓ organizzazione come soggetto collettivo (l'attore organizzativo/organismo sociale): soggetti “dotati di una personalità giuridica, economica e sociale” (Butera, 2009, 6); alcuni legalmente riconosciuti (imprese, amministrazioni pubbliche, associazioni, partiti, ...), altri non legalmente costituiti ma ugualmente legittimi, che si aggregano intorno ad interessi comuni, come i gruppi sportivi, culturali, religiosi;
- ✓ organizzazione come processo/azione organizzatrice: ossia quell'insieme di attività poste in essere sia da organizzazioni sia da singole persone (“l'organizzazione di un *party*”) e volte a definire le relazioni tra persone e cose in vista di un certo obiettivo (Bonazzi, 2002; Butera, 2009; Kaneklin, Olivetti Manoukian, 1990).

⁷⁴ Si prende a prestito, in questa suddivisione di significati, oltre alla definizione di Lévy, anche l'analisi di Butera (2009), che distingue, come si vedrà tra un attimo, la componente *struttura* nei due aspetti di quella che potremmo definire la configurazione interna e di quello che lui stesso definisce l'*attore organizzativo*. Gosetti, La Rosa (2006) e Bonazzi (2002) mantengono invece unite queste due componenti all'interno del significato strutturale dell'organizzazione, che viene dunque vista come una “entità sociale deliberatamente costituita dagli uomini per raggiungere obiettivi determinati, e che per fare ciò si dà una struttura formale stabile e norme interne definite” (Gosetti, La Rosa, 2006, 27).

Vedremo tra breve come le diverse teorie che si sono sviluppate intorno all'organizzazione⁷⁵ abbiano variamente tenuto in conto questi differenti significati del termine; e successivamente, nel prossimo capitolo, quali di essi siano maggiormente presenti (in maniera più o meno esplicita) nella legislazione sull'integrazione socio-sanitaria.

2.2.1. Le teorie classiche: organizzazione e razionalità

Nei diversi apporti teorici riconducibili a questo approccio – i primi, in ordine di tempo, ad interessarsi dell'analisi organizzativa – la razionalità è ritenuta l'elemento fondante delle organizzazioni, e ad essa perciò si rivolge principalmente l'attenzione degli studiosi.

Le organizzazioni infatti, in tale linea di pensiero, sono “strumenti disegnati allo scopo di raggiungere fini determinati” (Pignatto, Regazzo, 2002, 19); nel legame tra l'organizzazione ed i propri fini la razionalità si può rintracciare non necessariamente⁷⁶ nella determinazione degli stessi quanto nella scelta delle azioni necessarie (in termini organizzativi, per l'appunto) a perseguirli, in un'ottica di utilizzo efficiente delle risorse. È dunque a partire dai propri fini che la singola organizzazione disegna la propria struttura e stabilisce quali attività porre in essere per meglio raggiungerli.

I due pilastri, per così dire, di questo approccio, sono costituiti dagli studi di M. Weber sulla burocrazia, organizzazione razionale per eccellenza, e dall'organizzazione scientifica del lavoro portata avanti da F. W. Taylor nelle fabbriche americane.

M. Weber, a partire dall'analisi delle forme di amministrazione sviluppatesi sino agli inizi del '900 e dal confronto con la burocrazia germanica del suo tempo, delinea un *modello burocratico*, applicabile sia alla pubblica amministrazione che

⁷⁵ Gli autori consultati sul tema presentano, nell'analizzare ed in certo qual modo sistematizzare gli indirizzi di pensiero sull'organizzazione, alcune similitudini ed alcune diversità, dovute evidentemente alla difficoltà di “imbrigliare” ogni autore all'interno di un'unica categorizzazione; in questa sede, dato il particolare obiettivo che ci si propone, si cercherà di cogliere le diverse prospettive attraverso chiavi di lettura talvolta differenti dagli autori consultati, certamente parziali, ma utili alla successiva analisi della normativa.

⁷⁶ Sulla necessità che i fini stessi rispondano ad un criterio di razionalità vi sono opinioni divergenti negli autori consultati: si vedano ad esempio le posizioni di Kaneklin, Olivetti Manoukian (1990) da un lato, e di Pignatto, Regazzo (2002) dall'altro.

alle aziende private; esso è, a suo avviso, uno “strumento tecnico superiore a qualsiasi altro tipo di amministrazione fino ad allora comparso nella storia umana” (Bonazzi, 2002, 30). In tale modello l'organizzazione è definita nei minimi particolari in termini di gerarchie, di specializzazione e precisa delimitazione dei compiti attribuiti a ciascun dipendente, di vincoli e rigidità sia nell'accesso che nelle progressioni di carriera. Tutto ciò viene inoltre formalizzato attraverso norme e procedure. Una parziale ed interessante ridefinizione di tale modello viene proposta da H. Mintzberg quando, nel descrivere cinque possibili configurazioni organizzative, identifica due potenziali modelli burocratici: la “burocrazia meccanica” (caratteristica delle organizzazioni in cui l'attività operativa è di routine, vi è un'alta specializzazione delle mansioni ed una forte divisione del lavoro) e la “burocrazia professionale” (in cui operano professionisti altamente formati, con un forte controllo sul proprio lavoro e dunque una gerarchia fondata più sulla competenza che sulla posizione ricoperta).

F. W. Taylor, nella prima metà del XX secolo, a partire dalla personale esperienza in alcune aziende americane, sviluppò la propria riflessione sull'organizzazione scientifica del lavoro, procedendo dall'assunto che fosse possibile analizzare scientificamente il processo produttivo, “scomponendolo” in singole azioni svolte dai lavoratori; e che per ciascuna azione fosse possibile scoprire quella che l'autore definiva la *one best way*, ovvero il modo (l'unico, il migliore) per ottimizzare il lavoro in una logica di tipo efficientista: producendo il massimo output con il minimo input di risorse. L'organizzazione scientifica intendeva dunque razionalizzare lo svolgimento delle attività lavorative, non solo al livello degli operai ma anche dei dirigenti.

Nel pensiero di questi autori (ma, con diverse sfumature, anche in altri riconducibili a questo approccio) si potrebbe dire che l'organizzazione emerga come un monolite, con una forte componente strutturale, una sorta di “entità dotata di una propria «anima» e volontà indipendente dagli individui che la compongono e dalle dinamiche tra questi ultimi” (Zan, 1988, 63). Ciò implica, in maniera speculare, che la razionalità orienti non solo le azioni necessarie a dare forma e struttura all'organizzazione, ma anche l'agire dei singoli individui, proponendo una sorta di coincidenza tra *homo oeconomicus* e *homo rationalis*.

Quest'ultimo aspetto viene messo fortemente in discussione dagli approcci che seguono.

2.2.2. Organizzazione come luogo di relazioni tra soggetti

Se nel pensiero degli autori precedentemente richiamati il rapporto razionale con i fini costituiva il *focus* principale dell'analisi organizzativa, in quelli inseribili in questa prospettiva – variamente definita dagli autori consultati⁷⁷ – si sottolinea principalmente quello che potremmo definire il “fattore umano” nelle organizzazioni. In tali approcci viene infatti messo in evidenza il ruolo che la soggettività dei lavoratori riveste nell'organizzazione.

Anche in questo caso, pur essendovi diversi contributi e sfumature, apportati da più autori, ci si concentrerà su quelli che, nelle analisi consultate, emergono essere i contributi principali: quello dei teorici della “Scuola delle Relazioni Umane”, e quello di C. Barnard. Si segnalerà poi una particolare chiave di lettura proposta da H. Simon da un lato e M. Crozier dall'altro.

La Scuola delle Relazioni Umane – di cui E. Mayo è il principale esponente – prende le mosse a partire dagli esperimenti condotti alla Western Electric Company di Hawthorne, che evidenziano due aspetti ritenuti fondamentali: da un lato, la dimensione relazionale dell'individuo, che vive e lavora all'interno di gruppi, dai quali è influenzato nel proprio agire; dall'altro, l'insufficienza di una motivazione unicamente economica al lavoro, “perché ogni individuo è portatore di bisogni che devono essere soddisfatti non solo fuori del luogo di lavoro, ma anche al suo interno” (Spaltro, De Vito Piscicelli, 2002, 59). In tale ottica è dunque necessario, al fine di migliorare il rendimento lavorativo dei dipendenti, creare condizioni di lavoro (da un punto di vista sia strutturale che relazionale) più armoniche e gradevoli, ancor prima che adottare aumenti stipendiali.

Nello stesso periodo C. Barnard, a partire dalla propria esperienza come dirigente, sviluppava delle riflessioni sull'aspetto cooperativo all'interno delle organizzazioni. Il punto di partenza dell'analisi di Barnard è la sua convinzione circa l'impossibilità di comprendere il funzionamento delle organizzazioni senza tener

⁷⁷ Si parla di “sistema naturale” o di “sistema cooperativo”; in questa sede si è cercato di rendere il senso di organizzazione come collettività relazionale, che pare a chi scrive l'elemento unificante dei contributi teorici richiamati nella prospettiva descritta.

presenti le motivazioni che spingono gli individui – che hanno loro vite ed interessi personali, e che magari non si conoscono neppure – a contribuire, collaborando tra loro, alle organizzazioni stesse. Barnard illustra le proprie riflessioni sul tema utilizzando la “parabola del masso”, e mostrando come sia possibile, attraverso la cooperazione organizzata tra diversi soggetti, ottenere risultati impossibili da raggiungere da soli. Ciò che appare interessante in questa sede rilevare è da un lato l'accento, posto da Barnard, sull'esistenza di un aspetto *informale* (gli elementi di conoscenza reciproca) nei rapporti tra gli individui, che si combina con l'aspetto *formale* (la decisione di cooperare per uno scopo comune) ed in tal modo crea l'organizzazione; dall'altro, la rilevanza attribuita alla distinzione tra gli scopi dell'organizzazione ed i singoli moventi individuali, e la necessità – all'interno dell'organizzazione – di tener presenti entrambi, con il conseguente corollario di ottenere la cooperazione dei membri attraverso il consenso.

L'elemento della capacità dei soggetti di decidere (per Simon), di fare scelte (Crozier) costituisce un punto nodale della riflessione di questi due autori, che dunque pongono all'attenzione degli studiosi un ulteriore elemento legato alla soggettività. Simon, in particolare, si muove a partire dalla critica alle posizioni razionaliste, sostenendo che non sia utile iniziare con l'analisi della struttura organizzativa, quanto piuttosto dai soggetti che lavorano all'interno di un'organizzazione, ed in particolare dalle scelte che essi operano: la decisione diventa per lui l'oggetto fondamentale dello studio organizzativo.⁷⁸ Similmente Crozier, autore di un importante studio sulla pubblica amministrazione francese, evidenzia che “l'uomo non è soltanto un braccio e non è soltanto un cuore. L'uomo è una mente, un progetto, una libertà” (Bonazzi, 2002, 83). A completamento, se così si può dire, della Scuola delle Relazioni Umane, che aveva messo in evidenza l'importanza degli aspetti psicologici, di sensibilità, Crozier ripropone dunque un

⁷⁸ A dire il vero Simon, pur portando avanti questa tesi, ha dei punti di contatto con le teorie classiche – come l'idea che le decisioni vengano prese sulla base di criteri di *razionalità*, anche se lui sostiene che questa sia *limitata*; oppure il mettere in evidenza come il processo decisionale si sviluppi attraverso un *continuum* mezzi-fini. Prova di questo suo collocarsi per così dire sul guado tra le posizioni teoriche classiche e quelle qui richiamate potrebbe essere anche il fatto che, negli autori consultati, c'è su di lui una divergenza di “collocazione” (cfr. Bonazzi, 2002, da un lato, e Pignatto, Regazzo, 2002, e Spaltro, de Vito Piscicelli, 2002, dall'altro).

criterio di razionalità: non più però esterno, quasi immutabile, calato dall'alto, ma legato alla libertà ed all'individualità dei singoli soggetti.

Gli autori qui richiamati (in particolare, Barnard) non contestano *in toto* il pensiero degli autori precedenti, ovvero non mettono in discussione, per l'organizzazione, la necessità di avere obiettivi e di formalizzare la propria struttura: semplicemente, non ritenendo questi gli elementi principali dell'organizzazione, spostano il proprio *focus* di analisi su quelli che sono invece secondo loro gli aspetti più importanti: i fattori motivazionali, relazionali, informali. L'immagine di organizzazione che emerge, in questa prospettiva, è quella di "un organismo le cui cellule sono le persone e i gruppi che esse formano" (Bonazzi, 2002, 59).

2.2.3. Organizzazioni in relazione con l'ambiente interno ed esterno

Nei contributi che adesso verranno richiamati emerge un tratto caratteristico nuovo, che non era stato messo in evidenza negli apporti precedenti: all'analisi delle influenze interne (tra lavoratori e struttura) viene infatti affiancato l'esame delle influenze esterne.

Si è ritenuto quindi interessante, alla luce di questo nuovo apporto, raggruppare insieme contributi teorici che non necessariamente presentano tra loro forti affinità, ma che evidenziano al loro interno questa particolare chiave di lettura.

Il primo contributo in tal senso viene dall'approccio sistemico ai fenomeni organizzativi, che, richiamandosi alla teoria generale dei sistemi fondata da L. von Bertalanffy, interpreta appunto l'organizzazione come un sistema. In tale ottica sono importanti le relazioni di connessione all'interno del sistema stesso, tra il sistema ed i diversi sottosistemi di cui è composto, secondo una logica di tipo olistico in cui si possono intravedere influenze anche delle teorie psicologiche della *Gestalt*: il tutto (il sistema) è qualcosa di più e di diverso dalla somma delle sue parti.⁷⁹ L'elemento di novità emerge però nel momento in cui questi teorici considerano le organizzazioni come *sistemi aperti*, e quindi non solo inseriti in uno specifico ambiente, ma da esso influenzati ed influenzabili. Esistono dunque, secondo questo approccio, una serie di variabili (dai fattori demografici e di mercato alle regolamentazioni normative, dal

⁷⁹ È interessante notare come su questo aspetto, pur trovando diversi punti di contatto con i contributi richiamati nel paragrafo precedente, venga introdotta una prospettiva di *biunivocità* nei rapporti: le influenze sono dunque reciproche, avvengono in entrambi i sensi.

mercato del lavoro alla cultura organizzativa alle tecnologie) che hanno sul sistema-organizzazione un'influenza rilevante.

Un altro approccio che pone forte attenzione alle influenze esterne sulle organizzazioni è quello istituzionalista: secondo le riflessioni di P. Selznick scaturite dalla ricerca sulla Tennessee Valley Authority ad esempio, “l'organizzazione si trova inserita in un ambiente che non è neutro ma che esercita su di essa delle pressioni costringendola a continui adattamenti” (Bonazzi, 2002, 96). In particolare, per questo autore, le strutture formali di un'organizzazione possono essere influenzate sia dalle “cricche interne” che dai “centri di potere esterno”; e tali influenze possono portare i responsabili dell'organismo anche a discostarsi dagli scopi originari per cui la stessa è nato, pur di garantirne la sopravvivenza.⁸⁰ Particolarmente interessanti, per l'analisi che ci si propone in questa sede, appaiono anche le riflessioni di J. Meyer e B. Rowan che, innestandosi su quelle di Selznick, approfondiscono il fenomeno dell'*isomorfismo* tra le organizzazioni: quelle dello stesso tipo sono simili tra loro perché operano in contesti fortemente istituzionalizzati “che stabiliscono i criteri di razionalità che le organizzazioni stesse sono tenute a rispettare per essere giudicate efficienti” (Bonazzi, 2002, 112). In tali contesti l'isomorfismo viene governato da regole istituzionali che secondo gli autori assumono il ruolo di *miti razionalizzati*, ovvero regole non basate su evidenze empiriche ma che vengono percepite come razionalmente efficaci, o comunque conformi ad un mandato normativo.

Nei contributi qui richiamati c'è, in certo modo, un ritorno del *focus* di analisi all'organizzazione osservata nel suo complesso, ma certamente con uno sguardo più attento alle interrelazioni: interne e soprattutto esterne, dell'organizzazione in rapporto con l'ambiente che la circonda. Ne emerge un'organizzazione non più monolitica, chiusa in se stessa, ma inserita in una fitta rete di relazioni – talvolta positive, talvolta molto “imbriglianti”, tali da far pensare, più che ad una rete, ad una nassa.

⁸⁰ Non si può non evidenziare quanto si sia distanti, con queste riflessioni, dai principi di razionalità e dal primato dello scopo portati avanti dai primi approcci.

2.2.4. Organizzazione tra soggettività, culture organizzative e produzione di senso

In quest'ultimo paragrafo si richiameranno alcuni approcci definiti da Bonazzi, nel suo studio, "morbidi", in cui gli aspetti soggettivi, riflessivi e culturali all'interno delle organizzazioni assumono non semplicemente un ruolo importante – come negli approcci richiamati nel par. 2 – ma quello di vera e propria chiave interpretativa delle organizzazioni stesse. In questi contributi teorici, pur nella diversità tra gli stessi, si può cioè rintracciare un vero e proprio *primato* del fattore psicologico sull'organizzazione.

Il primo contributo in tal senso è costituito dal cosiddetto approccio *culturalista*, il cui fondatore può essere individuato in E. Schein; secondo questo autore, per conoscere un'organizzazione occorre studiarne la *cultura organizzativa*, che lui definisce come

l'insieme coerente di assunti fondamentali che un dato gruppo ha inventato, scoperto o sviluppato imparando ad affrontare i suoi problemi di adattamento esterno e di integrazione interna, e che hanno funzionato abbastanza bene da poter essere considerati validi, e perciò tali da poter essere insegnati ai nuovi membri come il modo corretto di percepire, pensare, e sentire in relazione a quei problemi.⁸¹

Gli assunti fondamentali si collocano, secondo Schein, a vari livelli di profondità: da quelli più superficiali come il modo di comportarsi, ai valori espliciti dell'organizzazione, alle convinzioni profonde ed inesprese, che vengono date per scontate e sono spesso almeno in parte inconsce. Un aspetto rilevante, per questo autore, è che la cultura organizzativa si forma all'interno di un gruppo, costituito da persone che abbiano lavorato insieme per un certo tempo, sì da incontrare problemi e sviluppare strategie condivise per la loro soluzione; e questo porta come corollario che una cultura non è mai data una volta per tutte, ma è in continua formazione e trasformazione.

⁸¹ da Schein E., *Organizational Culture and Leadership*, riportato in Bonazzi (2002, 159).

L'altro apporto teorico – che porta per certi versi all'estremo l'ambito della soggettività – è quello di K. Weick. Per questo autore l'oggetto di studio non è, come per Schein, la cultura dell'organizzazione, bensì i processi cognitivi attraverso i quali i diversi soggetti attribuiscono un *sensò* ad ogni realtà della loro esperienza. È attraverso tali processi che ogni realtà acquista significato: come dire, la realtà, ogni realtà (compresa quindi anche l'organizzazione) esiste, ma non ha un senso di per sé, da un punto di vista *oggettivo*, bensì solo in quanto ciascuno di noi glielo attribuisce. Per Weick organizzare equivale perciò a creare senso, ed in tale ottica assume maggiore importanza l'attività dell'organizzare rispetto alla statica delle organizzazioni; là dove si vada comunque ad indagare la struttura degli organismi si potrà scoprire, secondo questo autore, una struttura da lui definita *loose coupling*: a legami sciolti, allentati, in cui le varie parti sono sì collegate, ma in maniera debole e variabile.

Con questi due ultimi contributi si può considerare compiuto il cammino di allontanamento dai contributi "classici": tanto là era per così dire invisibile il fattore umano, quanto qui è sostanzialmente invisibile l'aspetto strutturale dell'organizzazione; tanto là avevamo una realtà rigida e monolitica, quanto qui una lettura fluida ed in continua trasformazione. Ma su questo si tornerà fra un attimo.

2.2.5. Verso una prospettiva organizzativa

Come si è visto da questo breve excursus, molti e diversi sono gli apporti allo studio sul tema dell'organizzazione; e, si potrebbe dire, non hanno aiutato a sciogliere il nodo prospettato all'inizio, ovvero quello dei possibili diversi utilizzi del termine. Rileggendo in controluce i filoni presentati infatti si possono rintracciare, qua e là, i tre possibili significati del termine "organizzazione".

Nei contributi cosiddetti classici appare preponderante l'elemento strutturale e formale, attorno al quale ruotano, in certo qual modo, l'idea di organizzazione come soggetto collettivo, e l'idea di azione organizzatrice – quest'ultima, finalizzata a rintracciare l'*one best way*, per raggiungere i fini per i quali l'organizzazione è nata.

L'idea di organizzazione come soggetto collettivo appare invece a chi scrive – pur nella diversa attenzione posta da un lato ai soggetti che compongono

l'organizzazione, e dall'altro all'organizzazione nel suo complesso – quella maggiormente evidente nei contributi richiamati nei paragrafi 2 e 3: dove si dà per scontato che esista una struttura, che però non costituisce elemento di interesse per l'indagine organizzativa; e l'azione organizzatrice appare un po' imbrigliata tra scelte individuali, aspetti relazionali ed influenze esterne.

Azione organizzatrice che invece emerge quale elemento principale negli ultimi due contributi: in particolare, ed in maniera esplicita, in quello di Weick, ma secondo chi scrive anche nel *divenire* della cultura organizzativa proposta da Schein: nella differenza di posizioni (in Schein in certo modo l'organizzazione esiste nella sua cultura organizzativa, in Weick a tratti sembrerebbe persino impossibile identificare un'organizzazione vera e propria, strutturalmente intesa), l'interesse degli studiosi si sposta dall'esito al processo, dalla *organization* all'*organizing*.

Ora, come uscire da tale intreccio di significati, e di chiavi di lettura del concetto di organizzazione? E, soprattutto, in che modo utilizzarlo nell'analisi della normativa sull'integrazione socio-sanitaria?

Come nell'esame della prospettiva economica, anche qui l'ipotesi di lavoro è che sia possibile non esercitare preliminarmente una scelta di campo – ovvero scegliere il/i contributi teorici che si ritengano più appropriati ad analizzare la legislazione; ma, una volta identificati gli aspetti normativi che si occupano di elementi organizzativi, provare ad intravedere “cosa c'è dietro”, ovvero quale idea di organizzazione traspaia, di volta in volta, nelle disposizioni legislative esaminate.

2.3. Da una molteplicità di termini ad una prospettiva personalistica

Nelle prospettive precedentemente analizzate si è volutamente evitato di effettuare una “scelta di campo” preliminare, richiamando filoni di pensiero divergenti, quando non addirittura opposti tra loro, e contemplando dunque la possibilità di utilizzare – all'interno di ciascuna prospettiva – punti di vista diversi.

Nell'analisi di questa ultima prospettiva, la scelta di campo appare invece evidente già dalla definizione della stessa; ciò non significa però che si voglia compiere tale opzione nella inconsapevolezza dei significati differenti che le diverse

parole racchiudono. Infatti, il destinatario dei servizi, sociali e sanitari in particolare, è stato e/o viene di volta indicato come individuo, soggetto, persona; ma anche assistito, utente, paziente, cliente, cittadino. E dunque, se all'interno della prospettiva è utile optare per l'uso di un unico termine al fine di non cadere in confusione, è al tempo stesso necessario richiamare il significato dei diversi vocaboli utilizzati, per argomentare con la maggiore consapevolezza possibile la scelta operata.

Si cercherà dunque di rintracciare tali significati inizialmente nello sviluppo del pensiero umano (filosofico prima, sociologico e psicologico poi) e successivamente nell'ambito più specifico dei servizi e nei principi del servizio sociale.

2.3.1. *Persona, individuo, soggetto* nello sviluppo del pensiero umano

Le riflessioni ed i dibattiti nel corso della storia del pensiero umano hanno visto intrecciarsi l'utilizzo dei termini, con il prevalere, a seconda delle epoche, di uno di essi – in particolare tra *persona* ed *individuo* – spesso in una logica di vera e propria contrapposizione. In queste brevi note di richiamo del dibattito si tratteranno separatamente i diversi termini, cercando di mettere in luce le peculiarità di ciascuno.

Come evidenziato in una rivista di un po' di tempo fa, dedicata espressamente a tale tema, “«persona» è stato per lungo tempo il termine prevalente per riferirsi al singolo essere umano” (Ferrara, 1996a, 10). Il termine viene ad indicare inizialmente, nel mondo greco e romano,⁸² il ruolo pubblico del singolo; funzione peraltro ritenuta più rilevante rispetto a quella privata, se è vero che quest'ultima dimensione “nella Grecia classica era definita da *idiotēs* e nella Roma repubblicana da *privatus*, ambedue termini indicanti una connotazione negativa di menomazione, di incapacità e di esclusione” (AA.VV., 1996a, 14). E dunque, il termine *persona* presenta sin dall'inizio dei connotati *relazionali*, e legati in certo modo all'*esteriorità*; su tale nodo si incentrano, nel corso dei secoli, le riflessioni ed i dibattiti sull'utilizzo di questa voce.

⁸² L'origine etimologica viene usualmente rintracciata per la lingua greca nella “maschera” (*prosopon*), che nel teatro antico doveva sostituire l'espressione dell'attore, mentre per la lingua latina viene solitamente associata alla capacità, della maschera stessa, di amplificare il suono della voce (*personare*) per farla giungere più chiaramente agli spettatori. Sulla problematicità in particolare di quest'ultima attribuzione e sulla complessità, in generale, della definizione del concetto, cfr. Chiareghin (1996).

Troviamo quindi diversi autori che evidenziano, in positivo, il carattere relazionale del termine *persona*, che ha “i connotati tipicamente umani del «soggetto come relazione», inteso contemporaneamente come soggetto della relazione e come soggetto *dentro* la relazione” (AA.VV., 1996a, 13), tanto da giungere a dire che la persona

è essenzialmente costituita dai rapporti sociali. Essa non è riducibile a tali rapporti, in quanto è la loro possibilità, cioè in quanto possiede, nei loro stessi confronti, una capacità di decisione e di scelta. Tuttavia, al di fuori di questi rapporti essa non può costituirsi né vivere. Perciò l'indebolimento o la rottura dei rapporti stessi coincide con l'indebolimento e la rottura della personalità.⁸³

In tale ottica la persona non solo è, da un punto di vista giuridico, titolare di diritti e doveri; ma diventa il fondamento di quel particolare tipo di società che è la comunità: “la società di persone o comunità è ... un'unione intima e fattiva di anime, a differenza della società di individui, o società semplicemente, che è puramente un incrociarsi di interessi”.⁸⁴ Si intravede già, in questa espressione, un'altra caratteristica peculiare attribuita al termine *persona*: quell'istanza etica che fa dire allo stesso Bobbio che la identifica come “individuo elevato a valore”.⁸⁵ Istanza etica che aveva trovato, pressoché nello stesso periodo in cui scrive il suddetto autore, ampio risalto nella dottrina che ha posto il termine stesso a proprio fondamento: la corrente filosofica del *personalismo*, che raccoglie ed elabora non solo gli aspetti relativi al ruolo che la persona svolge nella società, ma anche quella dimensione *verticale*, spirituale, della persona umana in rapporto con Dio, che a partire da S. Tommaso aveva attraversato il pensiero di matrice cristiana.

Sin qui, i principali aspetti evidenziati dai diversi autori in un'accezione positiva dell'utilizzo del termine. Non mancano peraltro gli autori che, proprio a

⁸³ Abbagnano N., *Problemi di sociologia*, Taylor, Torino, 1959 (riportato in Pianciola, 1996, 279-280). L'ultima osservazione appare di particolare rilevanza nella riflessione sui servizi socio-sanitari anche solo pensando alla rivoluzione operata dalla L. 180/78 attraverso la chiusura dei manicomi.

⁸⁴ Bobbio N., *La persona nella sociologia contemporanea*, Baravale e Falconieri, Torino, 1938 (riportato in Andrini, 2004, 28).

⁸⁵ Bobbio N., *La filosofia del decadentismo*, Chiantore, Torino, 1944 (riportato in Andrini, 2004, 29).

partire dall'origine etimologica del termine, leggono in chiave critica l'utilizzo del vocabolo *persona* – legando per lo più questa posizione ad una scelta preferenziale per quello di *individuo*.

Tali autori evidenziano quindi, in negativo, quel collegamento del concetto di *persona* all'esteriorità cui si faceva poco fa riferimento; e questo viene letto come sinonimo di non autenticità: la *maschera* imposta dall'esterno (il ruolo sociale, le convenzioni, le tradizioni), che ciascuno indossa come potrebbe fare con un abito, ma che certo non definisce la vera essenza, costituita invece dall'*individuo*. Tale posizione potrebbe essere rappresentata, in forma certamente semplificante, dalla frase di C. G. Jung: “Con una certa esagerazione si potrebbe dire che la Persona è non ciò che uno è realmente, bensì ciò che egli e gli altri credono che sia”.⁸⁶

Il termine *individuo* – che originariamente indica la singolarità ma anche l'unitarietà del soggetto – diventa quindi l'emblema dell'uomo singolo ed autonomo, che afferma la propria capacità di pensare ed agire; l'uomo che è naturalmente libero, pur se oppresso dalla «maschera» dell'ipocrisia della società; colui che trova la sua identità nella propria individualità, al di sotto della molteplicità dei ruoli che impersona. L'aspirazione dell'individuo sarà dunque, in questa prospettiva, di riappropriarsi di tale libertà, e nel contesto tipico della società moderna avrà “la possibilità di essere incomparabilmente più individuo, cioè più autonomo, più unico o più se stesso di quanto gli esseri umani del passato, nella grande maggioranza, abbiano avuto modo di essere” (Ferrara, 1996b, 47).

Il dibattito sui pro e contro l'utilizzo dei concetti di *persona* e di *individuo* è certamente molto più complesso dei brevi cenni qui riportati; in esso si intrecciano anche, solo per citare degli esempi, tematiche ideal/ideologiche di appartenenza religiosa o laica, dato che il concetto di *persona* è stato utilizzato prevalentemente in ambito cattolico (anche se, come si è visto precedentemente nel caso di N. Bobbio, con autorevoli eccezioni) e quello di *individuo* prevalentemente in ambito di pensiero laico; o anche, nell'analisi del rapporto tra il singolo e la società, l'aspetto della relazionalità tipico del concetto di *persona* è stato visto dai detrattori come un

⁸⁶ Jung C. G., *Opere*, Boringhieri, Torino, 1970 (riportato in Pavone, 1996, 113).

ingabbiamento in norme, istituzioni, convenzioni, rispetto alle quali il termine *individuo* garantirebbe un maggiore spazio di libertà.⁸⁷

L'approfondimento di tali tematiche ci porterebbe troppo lontano dal tema in oggetto, e dunque è necessario rinviarlo ad altre sedi. Appare invece utile dedicare l'attenzione ad un altro concetto che, seppur meno utilizzato dei due precedenti, ha comunque una sua collocazione negli ambiti di cui ci stiamo occupando: la nozione di *soggetto*.

L'origine etimologica del termine qui, a dire il vero, mette un po' in imbarazzo: l'aggettivo *subjectum* indica qualcosa o qualcuno "che sta sotto", sottoposto a qualcun altro; e se questo trova ancora oggi un utilizzo,⁸⁸ è sostanzialmente nel significato opposto a quello che, invece, acquista quando viene adoperato come sostantivo; ed è in riferimento a quest'ultima accezione che si ritiene utile occuparsene in questa sede.

Il concetto è ampiamente usato in ambito giuridico, dove il cittadino (ed in certi casi anche il non-cittadino) è *soggetto* titolare di diritti; dove ad esempio parlare di "diritto soggettivo" presuppone una caratteristica di esigibilità (di ciò a cui si ha diritto), che non è invece presente nel concetto di "interesse legittimo".

Nello sviluppo del pensiero tale concetto potremmo dire che – nella *querelle* precedentemente richiamata – si colloca più vicino alla dimensione dell'*individuo*; esso infatti, a partire da Kant (per il quale il soggetto è l'*io penso*) indica la coscienza o autocoscienza che determina e condiziona l'attività conoscitiva; più in generale, è la "capacità autonoma di rapporti o di iniziative, capacità che viene contrapposta all'esser semplice «oggetto» o parte passiva di tali rapporti" (Abbagnano, 1971, 812). Una lettura in parte diversa, certamente più ampia della nozione di *soggetto*, e che lo sovrappone parzialmente al concetto di *persona* come richiamato in precedenza è invece quella psicosociologica, per la quale il soggetto,

⁸⁷ A tal proposito risulta invece particolarmente interessante, sulla lettura in chiave cattolica del rapporto *persona*/Stato, l'intervento di Dossetti all'Assemblea Costituente, nel quale si chiede tra l'altro che l'elaboranda Costituzione "riconosca la precedenza sostanziale della persona umana (...) rispetto allo Stato e la destinazione di questo a servizio di quella ..." (AA.VV. 1996b, 305).

⁸⁸ L'espressione "sentirsi in soggezione" verso qualcuno, tanto per fare un esempio, rende in maniera forte l'idea di sottomissione; ma anche "essere soggetto a " (malattie, soprusi, ...) indica una posizione di passività.

l' "Io" che enuncia, soggetto di desiderio che si esprime e parla di ciò che prova e di ciò che vuole (...) si costituisce nella relazione con l'altro. Diventa realtà attraverso ciò che gli rimanda l'altro, il suo sguardo, la sua parola ... (Ardoino, Barus-Michel, 2005, 276).

Potremmo dunque sinteticamente indicare il concetto di *soggetto* come un ambito semantico che, seppur dotato di propria autonomia rispetto ad *individuo* e *persona*, si sovrappone in parte all'uno in parte all'altro.

2.3.2. Brevi note sulle definizioni degli utilizzatori dei servizi

Appare a questo punto utile richiamare, seppur brevemente, alcuni termini utilizzati specificamente per indicare coloro che, in vario modo, usufruiscono dei servizi. Rispetto a quelli richiamati nel paragrafo precedente, si tratta qui di identificare non tanto i destinatari per così dire "potenziali", ma coloro che realmente li utilizzano.

Se si ripercorre la storia dello sviluppo dei servizi sociali e sanitari, anche solo considerando la situazione italiana dal secondo dopoguerra ad oggi, si può notare come la terminologia attraverso la quale indicare i destinatari degli interventi sia stata, e sia tuttora piuttosto variegata.

Inizialmente, prima delle riforme degli anni '70, il termine prevalentemente utilizzato era quello di *assistito*, affiancato, nelle elaborazioni teoriche di servizio sociale di derivazione inglese e statunitense, da quello di *cliente*.⁸⁹ A partire dagli anni '60, in coerenza con l'idea di una dimensione pubblica dei servizi, questi due termini vengono gradualmente sostituiti da quello di *utente*; successivamente però, a partire dalla metà degli anni '90, tale termine è oggetto di revisione critica, e viene riproposto – in conseguenza dei processi di aziendalizzazione ed in una logica di maggiore attenzione alla qualità dei servizi – l'utilizzo del termine *cliente*.

⁸⁹ Alla nascita delle prime scuole di Servizio Sociale nell'immediato dopoguerra l'assenza di un *corpus* teorico-disciplinare professionale prodotto in Italia ha fatto sì che si ricorresse alla traduzione di testi provenienti da realtà anglofone, introducendo così la definizione di *cliente* in un ambito, quello sociale, a cui era allora sostanzialmente estraneo.

Accanto ai vocaboli sinora richiamati, in ambito sanitario il termine prevalentemente utilizzato, in coerenza con il modello medico, è stato ed è tutt'oggi quello di *paziente* – e ciò, nonostante i processi di aziendalizzazione abbiano investito primariamente e fortemente la sanità pubblica.

È importante notare come – anche in questo caso – i diversi termini non siano “neutri” ma indichino differenti relazioni tra i diversi attori in gioco.

Certamente la voce *assistito*, oggi caduto per lo più in disuso, aveva una sua coerenza in un sistema di risposte – sociali e sanitarie – in cui il rapporto tra il professionista e chi riceveva la sua prestazione aveva una connotazione fortemente asimmetrica;⁹⁰ in cui il potere derivante dalla scienza e dalla competenza prevedeva, specularmente, una incompetenza e quindi un affidamento pressoché totale.

In tal senso la sostituzione del suddetto termine con quello di *utente*, avvenuta sostanzialmente in coincidenza con lo sviluppo dei Servizi a partire da metà anni '70, rappresenta un cambiamento culturale importante. Etimologicamente, *utente* indica colui/colei che utilizza il servizio: che ha diritto ad utilizzarlo, ed è in grado di farlo; si tratta dunque di un soggetto capace ed attivo, che sa prendersi la responsabilità di accedere ad un servizio e rapportarsi con un operatore. La revisione critica dell'utilizzo di tale voce, avvenuta negli anni '90, ha evidenziato però come nella realtà concreta dei servizi, stante una disparità di conoscenza tra operatore ed utente, la relazione si sia mantenuta su posizioni sostanzialmente asimmetriche; ed ha proposto quindi l'utilizzo del lemma *cliente*.

L'origine etimologica di *cliente*, per la verità, lo poneva in una situazione di subalternità (*cliens* era colui che si metteva sotto la protezione del *dominus*); l'utilizzo moderno del termine, nato inizialmente in ambito privatistico, riequilibra i rapporti di forza attraverso il pagamento del bene o servizio che il cliente acquista – con il corollario che, in caso di insoddisfazione, quest'ultimo può decidere di rivolgersi ad un altro fornitore, esercitando quindi il proprio diritto di scelta. Riprendere tale termine per indicare chi utilizza i servizi sociali e sanitari implica pertanto, oggi, riconoscergli la piena consapevolezza della capacità di scelta, in una

⁹⁰ Come evidenzia Setti Bassanini, “nella parola «assistito» il paradigma di una relazione di subalternità viene trasmesso non tanto dal significato etimologico (letteralmente assistere significa stare accanto), quanto dall'uso del participio passato” (Setti Bassanini, 1996, 41).

situazione di scambio relazionale che si colloca sostanzialmente su un piano paritario.

È interessante evidenziare comunque come, nonostante il dibattito tra gli studiosi sull'utilizzo di questi termini, nell'odierna realtà dei servizi – sociali in particolare – venga ancora utilizzato in prevalenza il termine *utente*.

Una traiettoria in parte autonoma rispetto alle precedenti ha invece seguito l'impiego del termine *paziente*: strettamente collegato, come si diceva, alla scienza medica, ha visto inalterato nel tempo il proprio utilizzo in ambito sanitario, affiancato negli ultimi anni dal termine *cliente*. L'origine etimologica si colloca qui in quel *pathos*, la sofferenza che prova chi si rivolge ad un medico (o ad un servizio sanitario); con il tempo il vocabolo ha assunto una valenza di passività e subalternità – talvolta affiancata da ironica rassegnazione – che lo avvicina al termine *assistito*.

Un ultimo termine utilizzato all'interno dei servizi che vale la pena di richiamare è quello di *cittadino*; questo ha certamente un carattere di maggiore generalità rispetto ai precedenti, indicando non tanto un concreto utilizzo quanto un insieme di diritti e doveri, grazie ai quali poter *anche* usufruire dei servizi, in caso di necessità.⁹¹

Vedremo tra un attimo come questi termini e quelli richiamati nel paragrafo precedente si siano intrecciati nell'elaborazione teorica e nei principi del servizio sociale.

2.3.3. Il dibattito sul tema nella riflessione teorica e nei principi del servizio sociale

I termini richiamati nei paragrafi precedenti si pongono sostanzialmente su due livelli diversi: individuo, soggetto, persona, cittadino hanno un carattere più generale, indicando chi potrebbe divenire un diretto utilizzatore dei servizi – e nel linguaggio professionale viene quindi considerato destinatario del servizio stesso, in una logica di universalità; assistito, cliente, utente, paziente indicano, in maniera più

⁹¹ Il tema della cittadinanza, e dei diritti ad essa connessi, è molto antico, e così pure il dibattito che si è sviluppato intorno alla questione; qui vale la pena unicamente di evidenziare la duplice possibilità di utilizzo: in senso *inclusivo*, là dove il principio di cittadinanza ha promosso uguaglianza, introducendo maggiori opportunità di esercizio dei propri diritti per ampie fasce di popolazione; o in senso *emarginante*, là dove la cittadinanza diventa un motivo di differenziazione ed esclusione da diritti ed opportunità – dal *civis romanus sum* ai giorni nostri – per chi invece cittadino non è.

specifici, chi con i servizi è già in contatto, ha una relazione, li utilizza. Nell'elaborazione teorica del servizio sociale sono stati e vengono impiegati sia alcuni termini a carattere generale, sia alcuni specifici.

Nell'ambito delle voci a carattere generale le origini del servizio sociale in Italia vedono nell'immediato dopoguerra la nascita del *casework*, o *servizio sociale individuale*, come metodologia prevalente; e l'accento sull'individuo, e sulla individualizzazione delle risposte, ha in questo periodo una forte valenza di rottura rispetto al passato, in cui strutture assistenziali organizzate per categorie di bisogni fornivano risposte sostanzialmente indifferenziate. Già dagli inizi però questo accento sulla individualizzazione non significa concepire l'individuo come isolato dal proprio contesto: nella definizione di M. Richmond infatti il *casework* "è l'arte di agire diversamente con e per persone differenti collaborando con loro per raggiungere nel medesimo tempo il loro miglioramento e quello della società" (Bresci, 2005, 635).

Progressivamente si assiste, con lo sviluppo dell'elaborazione teorica, ad una sempre maggiore attenzione al rapporto tra individuo e contesto, e soprattutto alle reti di relazioni tra i diversi individui: è forse a partire da qui che comincia a farsi strada sempre di più – nel lessico professionale – l'utilizzo del termine *persona*. In tal senso si esprime, ad esempio, E. Bianchi: "il punto focale del servizio sociale non è né la persona né l'ambiente, ma le relazioni tra i due. Una delle più felici intuizioni del servizio sociale è il lavoro in entrambe le direzioni".⁹²

Parallelamente, la riflessione sui valori e sui connessi principi operativi della professione pone in rilievo alcune tematiche che acquistano in questa sede un particolare interesse. A questo proposito è utile richiamare brevemente alcuni passi della sintesi, proposta da E. Neve, su quelli che possono essere considerati i valori fondanti della professione, e quali i principi operativi che da ciascuno di essi derivano:

- ✓ dal riconoscimento del valore della dignità di ogni essere umano discende il principio operativo del *rispetto della persona*;

⁹² Bianchi E. ed altri, *Servizio sociale, sociologia, psicologia. Ripresa critica di un dibattito teorico*, Fondazione Zancan, Padova, 1983, cit. in Grigoletti Butturini, Nervo (2005, 41).

- ✓ dal valore della unicità e irripetibilità di ogni essere umano deriva il principio della *individualizzazione* e *personalizzazione* dell'intervento – dove *individualizzazione* indica semplicemente la necessità di adeguare gli interventi alla particolare, specifica, concreta situazione di ognuno; *personalizzazione* suggerisce, oltre a questo aspetto, la necessità di valorizzare colui a cui gli interventi sono rivolti come un soggetto attivo, “un *interlocutore* a tutti gli effetti, e non un mero consumatore di risposte” (Neve, 2000, 157);
- ✓ dal valore dell'integrità ed unitarietà di ogni essere umano deriva il principio del *rispetto e promozione della globalità* della persona.

Nell'impostazione odierna del pensiero sui principi del Servizio Sociale si afferma quindi un concetto di *persona* che raccoglie da un lato la dimensione etica ma dall'altro anche alcuni elementi che, nella riflessione precedentemente richiamata, venivano ricondotti più ad una dimensione individuale, quali il tema dell'unitarietà e la capacità di autodeterminazione.

Passando al livello dei termini più specifici, di chi concretamente instaura un rapporto con i servizi, emerge come i due maggiormente utilizzati nella riflessione teorica siano senza dubbio quelli di *utente* e *cliente*, spesso accostati, quasi ad identificare una complementarietà.⁹³ Se infatti, come già precedentemente rilevato, è ancora molto presente l'utilizzo del primo, sempre più vi viene affiancato il secondo: sia in parte per indicare la differenziazione tra il rapporto dell'interessato con la struttura pubblica e con quella privata; sia in una logica di consequenzialità con i processi di aziendalizzazione e con tematiche quali la libertà di scelta; sia, pertinentemente con i principi della professione, per indicare un rapporto con il professionista che si ponga su un piano di parità e di capacità negoziale.

Una sintesi delle riflessioni sull'utilizzo odierno dei termini utilizzati all'interno del servizio sociale professionale si può adeguatamente rintracciare nel “Codice deontologico degli Assistenti Sociali” che, dopo una prima approvazione nel 1998 da parte del Consiglio Nazionale dell'Ordine, ha visto due successive revisioni

⁹³ In tal senso è particolarmente esemplare il fatto che nello stesso “Dizionario di Servizio Sociale”, pubblicato nel 2005, l'apposita voce titoli “utente/cliente”.

(una nel 2002 ed una nel 2009), senza peraltro che vi fossero introdotte sostanziali modifiche per la parte che qui interessa.

Nel Titolo riguardante i principi su cui si fonda la professione troviamo infatti richiamato il tema della persona come centro dell'intervento dell'assistente sociale: persona che va considerata ed accolta come "unica e distinta da altre in analoghe situazioni", e deve essere collocata "entro il suo contesto di vita, di relazione e di ambiente, inteso sia in senso antropologico-culturale che fisico".⁹⁴ Quando poi il Codice passa ad esaminare le responsabilità dell'assistente sociale nei confronti di coloro che con il professionista entrano direttamente in contatto, utilizza la locuzione "utente/i e cliente/i" – nell'apposito Titolo preceduta anche dal termine *persona*, quasi ad indicare anche in maniera simbolica il passaggio dalla generalità dei destinatari al particolare dei singoli utilizzatori.

2.3.4. Verso una prospettiva personalistica

Nell'exkurs dei paragrafi precedenti sono emersi alcuni elementi di particolare interesse per l'analisi che ci si propone in questa sede, che vale la pena di richiamare brevemente:

- ✓ relazionalità
- ✓ dimensione etica
- ✓ unicità ed unitarietà/globalità
- ✓ soggettività attiva/diritto di scelta/autodeterminazione.

Si è visto come tali elementi connotino ciascun termine in maniera abbastanza netta finché ci si muove nell'ambito più generale dello sviluppo del pensiero umano, ed invece si intreccino ed in parte si sovrappongano, lì dove si passa ad ambiti più specifici.

Per gli scopi che ci si propone in questa sede non appare utile restringere il campo agli effettivi utilizzatori dei servizi, poiché si ritiene che l'integrazione socio-sanitaria vada pensata, programmata, organizzata e predisposta *prima* che l'eventuale utente/cliente/paziente vi arrivi; ed anche perché nell'ipotizzare una prospettiva di lettura della normativa è importante porsi in quell'ottica di generalità che può venire

⁹⁴ Queste indicazioni – identiche nelle tre edizioni del Codice – sono contenute, per la prima edizione, nell'art. 3; per le altre due, nell'art. 7.

dal rivolgersi ai *destinatari potenziali*, in un'ottica di tipo universalistico. Per tale motivo si è ritenuto di escludere l'utilizzo di uno dei termini a carattere specifico precedentemente richiamati.

Riguardo dunque ai termini a carattere generale, si è visto come nell'elaborazione teorica e dei principi del servizio sociale prevalga una differenziazione concettuale, in particolare tra *individuo* e *persona*, che anziché privilegiare gli elementi di distinzione tende a considerare il primo come contenuto, base, punto di partenza, che "arricchito" per così dire degli elementi della relazionalità e della dimensione etica dà luogo alla seconda. Posizione che richiama quanto proposto da Solinas nella conversazione riportata nella già citata rivista "Parolechiave", quando sostiene l'ipotesi che "la categoria *persona* presuppone quella di individuo (...) mentre la relazione inversa non ha la stessa efficacia: il concetto di individuo non implica obbligatoriamente quello di persona" (AA.VV., 1996a, 22).

Senza pertanto voler dimenticare o tralasciare le suggestioni del dibattito precedentemente richiamato, e nella consapevolezza dell'impossibilità di utilizzare, in questo caso, l'ampia gamma di termini proposti, si utilizzerà l'aggettivo *personalistica* per indicare quest'ultima prospettiva di analisi della normativa: per leggere se, quando ed in quale misura l'integrazione socio-sanitaria venga, dalla stessa, pensata ed indirizzata primariamente a rispondere ai bisogni delle *persone*, intese come soggetti attivi, unici, irripetibili, da guardare nella complessità e globalità del loro essere e delle loro relazioni umane.

3. Una rilettura del percorso attraverso l'analisi delle diverse prospettive

Dopo l'*excursus* storico sull'evoluzione delle normative in tema di integrazione e l'approfondimento delle prospettive teoriche, è possibile adesso rileggere l'evoluzione della normativa italiana e coglierne le linee di tendenza in relazione alle prospettive individuate.

Verranno dunque messi in luce, all'interno delle normative prese in esame, i riferimenti all'integrazione socio-sanitaria riconducibili di volta in volta ad una prospettiva economica, organizzativa o personalistica; saranno inoltre evidenziati quei riferimenti che, pur non potendosi ricondurre ad una delle suindicate prospettive, abbiano costituito in certo qual modo una base per gli sviluppi successivi.

Per maggiore chiarezza si utilizzeranno delle tabelle in cui verranno evidenziati, in maniera schematica, i riferimenti alle diverse prospettive sopra richiamate rintracciabili di volta in volta nelle normative prese in esame.

3.1. La Costituzione

Si è visto precedentemente come gli articoli della Costituzione citati costituiscano una base importante per lo sviluppo della normativa successiva, pur se – dando una diversa veste di esigibilità dei diritti in campo sociale rispetto a quelli in ambito sanitario – creano una disparità tra i rispettivi servizi, che si sono successivamente sviluppati mantenendo questa posizione per così dire asimmetrica.

Rispetto alla lettura degli articoli attraverso le tre prospettive appena citate, si può vedere come tutti i quattro articoli della Costituzione richiamati costituiscano da un lato la base di partenza, appunto, delle normative successive, dall'altro come in tutti si ritrovino chiari riferimenti ad una prospettiva *personalistica*. Viste le caratteristiche della Carta Costituzionale, probabilmente sarebbe impensabile trovarvi elementi a carattere economico o organizzativo – almeno nelle parti in cui si

trovano gli articoli citati;⁹⁵ certo appare interessante l'aver correlato l'impegno (e dunque le attività) dello Stato alla centralità della *persona* ed ai suoi diritti, poiché in tal modo la Costituzione si pone come riferimento per tale prospettiva, anche e soprattutto là dove le singole normative appaiono dimenticarsene.

3.2. Gli anni '70 e '80

Dall'analisi effettuata in precedenza emerge come nelle prime normative degli ultimi anni '70 il tema dell'integrazione socio-sanitaria sia ancora per così dire *in nuce*: non vi sono riferimenti espliciti alla locuzione "integrazione socio-sanitaria", ma piuttosto un'esigenza di impostare le nuove politiche a partire dall'attenzione essenziale al territorio. E dunque i riferimenti sono costituiti da elementi che pongono le premesse per un quadro generale in cui sia possibile realizzare l'integrazione tra sociale e sanitario, sulla base non solo della coincidenza territoriale tra comuni e U.S.L., ma nella sostanziale attribuzione all'ente locale di una competenza unitaria su sociale e sanitario; si è visto infatti come, negli artt. 13 e 15 della L. 833/78, pur nella distinzione operativa delle funzioni (attribuite alle U.S.L.), venga chiaramente esplicitata la competenza degli enti locali anche in materia sanitaria.

La sintesi riportata in tab. C1 mostra chiaramente come gli intenti del legislatore siano, in questa stagione, di predisporre una cornice a carattere generale in cui poter realizzare un coordinamento tra i diversi attori ed una contestuale gestione territoriale dei servizi sociali e sanitari. Tale promettente avvio subisce però, in tempi molto ravvicinati, un'importante battuta di arresto.

⁹⁵ In effetti si trovano nella Costituzione articoli in cui vengono delineati elementi organizzativi, anche se ovviamente a carattere generale: si tratta della Parte II, in cui la Costituzione descrive le "forme" che lo Stato deve avere, trattando non solo degli organi politici e della magistratura, ma anche della Pubblica Amministrazione. Di particolare rilevanza per la materia qui trattata è l'art. 97, che recita: "I pubblici uffici sono organizzati secondo disposizioni di legge, in modo che siano assicurati il buon andamento e l'imparzialità dell'amministrazione. Nell'ordinamento degli uffici sono determinate le sfere di competenza, le attribuzioni e le responsabilità proprie dei funzionari. (...)".

Tabella C1 – Riferimenti all'integrazione socio-sanitaria nelle normative degli anni '70

Normativa	Riferimento aspecifico/ di base	Riferimento economico	Riferimento organizzativo	Riferimento personalistico
DPR 616/77	art. 25, c. 3		art. 25, c. 2	
L. 833/78	art. 1, c. 3 art. 11, c. 5-6 art. 13, c. 1-2 art. 15, c. 1		art. 1, c. 4 art. 10, c. 3 art. 11, c. 2-3	

Dall'exkursus precedente si coglie il deciso cambiamento di direzione operato sin dall'inizio degli anni '80 rispetto al decennio precedente: la principale preoccupazione della legge finanziaria 730/83, e del conseguente D.P.C.M. del 1985 è di delimitare con precisione i confini tra sanitario e sociale, nel timore che, in assenza di una legge-quadro sull'assistenza e visto il carattere di gratuità del S.S.N., quest'ultimo finisca per addossarsi spese non proprie, aumentando il già considerevole debito. È interessante in questo contesto la riflessione proposta da Banchemo, che osserva come

le impostazioni finanziarie sono state spesso mal interpretate: infatti l'assunto del «ciascuno paga ciò che gli compete» non è assolutamente un'interpretazione negativa di un modello organizzativo integrato di più prestazioni, ma solo una indicazione contabile, quindi le posizioni assunte nel negare l'integrazione sono state, di fatto, oggetto di incompetenza o scarsa capacità di interpretazione del dettato normativo (2005, 123).

In ogni caso, il combinato disposto delle due norme citate colloca l'integrazione socio-sanitaria all'interno di una cornice di razionalizzazione della spesa sanitaria; se non ancora utilizzando l'integrazione come uno strumento per ottimizzare la spesa, certamente facendo sì che non la aumenti.

Di diverso tenore appare invece la prima norma di programmazione sanitaria: benché emanata a distanza di poco più di due mesi dal D.P.C.M. – e senza che siano intervenuti cambiamenti nei vertici di governo – la L. 595 si presenta, relativamente al tema dell'integrazione, con un respiro decisamente più ampio: non solo prevedendo la necessità di realizzare i progetti-obiettivo mediante l'integrazione

funzionale ed operativa tra enti diversi, e tenendo presenti le componenti di finanziamento, ma attribuendo per la prima volta ai progetti-obiettivo integrati il fine di perseguire la tutela socio-sanitaria dei destinatari.

Si possono qui intravedere delle nuove premesse per l'integrazione socio-sanitaria: pur rimanendo nella cornice di separazione finanziaria tra le due aree, disegnata dalle normative precedenti, si danno indicazioni gestionali-organizzative e relative allo sviluppo delle risorse umane di un certo rilievo.⁹⁶

La tab. C2 evidenzia l'andamento sopra descritto, con l'irruzione sulla scena degli aspetti economici (non considerati ancora nel decennio precedente) nelle prime due normative, ed invece il più ampio spettro che emerge dalla L. 595, in cui – vale la pena di segnalarlo – compare per la prima volta, con il rango di vero e proprio *obiettivo* dell'integrazione socio-sanitaria, la tutela socio-sanitaria dei destinatari.

Tabella C2 – Riferimenti all'integrazione socio-sanitaria nelle normative degli anni '80

Normativa	Riferimento aspecifico/ di base	Riferimento economico	Riferimento organizzativo	Riferimento personalistico
L. 730/83		art. 30		
DPCM 8/8/85		art. 1 (v. L. 730) art. 6		
L. 595/85	art. 8, c. 4	art. 2, c. 6 art. 8, c. 2 →	← art. 8, c. 2 art. 8, c. 3	art. 2, c. 5

3.3. Gli anni '90

Gli anni '90 presentano un'ampia produzione legislativa; si ritiene pertanto necessario analizzarne le linee di tendenza all'interno di ciascuno dei due ambiti esaminati.

⁹⁶ Vale la pena di evidenziare il c. 4 dell'art. 8: "Le attività di formazione e di aggiornamento professionale e le iniziative di ricerca finalizzate del triennio devono privilegiare le esigenze connesse con gli interventi di cui ai commi precedenti", ovvero la realizzazione dei progetti-obiettivo integrati.

3.3.1. La normativa in ambito sanitario

Come si è potuto vedere dall'exkursus precedente, l'andamento della normativa sanitaria in questo decennio presenta forti elementi di discontinuità.

I Decreti Legislativi di inizio decennio infatti si inseriscono nel *trend* degli anni '80, completando il percorso di razionalizzazione economico-finanziaria iniziato con la L. 730/83, relativo non solamente all'aspetto dell'integrazione socio-sanitaria, ma al modo stesso di intendere il Servizio Sanitario Nazionale. Come acutamente osserva R. Bindi, ripercorrendo l'itinerario che ha portato alla propria riforma,

nella L. 833 i bisogni di salute dei cittadini rappresentavano la variabile indipendente, mentre la spesa era invece concepita come una variabile dipendente (determinata cioè dal grado di soddisfacimento di quei bisogni), suscettibile di incrementi teoricamente illimitati. Con la controriforma del '92 questo rapporto si invertiva. La spesa sanitaria diventò una variabile del tutto indipendente dal fabbisogno reale, mentre i bisogni di salute costituivano la variabile dipendente, sottoposta al vincolo delle disponibilità finanziarie effettive. (...) Un diritto costituzionalmente garantito si trasformava in un diritto finanziariamente condizionato. (Bindi, 2005, 23)

E dunque, in questi decreti, il riferimento ad una prospettiva (che qui assume il valore di vero e proprio obiettivo) economica, coniugato con aspetti organizzativi allo stesso finalizzati, è assolutamente prevalente. In una logica di attenzione alla persona si può leggere unicamente l'art. 14, che prevede la definizione – con successivo decreto ministeriale, che verrà poi emanato nel 1996 – di indicatori di qualità, relativi alla personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere.

Il successivo P.S.N. 1994/96, pur ampliando i riferimenti a carattere personalistico e con un'ampiezza di riferimenti organizzativi e programmatori, si inserisce anch'esso nella prospettiva economica che aveva guidato le normative precedenti, lì dove, come si è visto, sottolinea l'utilità dell'integrazione socio-sanitaria al fine di evitare sovrapposizioni, e per dare risposte qualificate a costi relativamente contenuti. Si potrebbe dire che, se la riforma De Lorenzo aveva la

riduzione della spesa come obiettivo generale, il P.S.N. la pone come un fine specifico della stessa integrazione socio-sanitaria.

Il P.O. Tutela Salute Mentale 1994/96, probabilmente per l'impellente necessità di implementare un sistema di servizi, è fortemente permeato da una prospettiva organizzativa; coerentemente con le normative precedenti presenta poi elementi a carattere economico: ad esempio, quando, nella "Strategia d'intervento", prevede la necessità – anche grazie all'integrazione tra servizi sanitari e sociali – di "razionalizzare l'impiego delle risorse impegnate nel settore, con un accrescimento di produttività da parte dei servizi integrati a rete e con l'eliminazione di sprechi e diseconomie". La prospettiva personalistica – di fatto la reale cornice della logica di de-istituzionalizzazione promossa dalla L. 180/78, nel cui solco questo P.O. si pone – rimane invece molto sullo sfondo.

Con il P.S.N. 1998/2000 si consuma viceversa una vera e propria rottura rispetto alle normative precedenti; a carattere generale, attraverso un'analisi della necessità di cambiamento del Sistema Sanitario Nazionale, alla luce anche dell'influenza sulla salute – ormai ampiamente dimostrata – di determinanti sociali ed economici. Nell'ambito specifico dell'integrazione socio-sanitaria il Piano effettua due operazioni particolarmente significative:

- da un lato riunifica nel distretto i diversi livelli di assistenza (sanitaria di base, specialistica, semiresidenziale e residenziale) che nel precedente Piano erano separati;
- dall'altro prevede che l'integrazione socio-sanitaria vada realizzata ai tre livelli istituzionale, gestionale e professionale.

La prima operazione, oltre a contribuire comunque ad una razionalizzazione di strutture e servizi, crea di fatto "le condizioni per il governo unitario di bisogni complessi che accompagnano il ciclo di vita delle persone e delle famiglie" (Geddes da Filicaia, Maciocco, 2007, 53). La seconda non solo eleva a rango di norma nazionale il frutto delle elaborazioni teoriche di quegli anni (Aglì, 1991; Vernò, 1997), ma "recupera e sistematizza le diverse identità che la normativa ha conferito all'integrazione socio-sanitaria dalla fine degli anni '70 in poi" (Burgalassi, 2006, 18): in particolare evidenzia come "se non vengono predisposte condizioni istituzionali e gestionali per coordinare gli interventi dei diversi settori impegnati

nella produzione di servizi, l'integrazione professionale non può bastare per migliorare la qualità e l'efficacia delle risposte" (Parte II, *Percorrere le strade dell'integrazione socio sanitaria*). Il quadro che si va prefigurando è dunque che – per rispondere a complessi bisogni di salute – occorre creare un sistema di servizi e responsabilità diffuse, un'integrazione a più livelli. Ciò che nelle normative precedenti era un aspetto incidentale o di contorno – il riferimento alla persona ed ai suoi bisogni – diventa qui il punto di partenza, la *variabile indipendente*, per dirla con la Bindi. Nel Piano sono infatti quasi assenti i riferimenti a carattere *economico*, ed i riferimenti di carattere organizzativo rientrano, oltre che nella particolare natura pianificatoria dell'atto, nella logica della risposta alla complessità del bisogno.

La L. 419/98 – probabilmente per il suo carattere di "legge delega" – sembra dimenticare la prospettiva personalistica dell'integrazione,⁹⁷ mentre conferma la necessità di tener presenti gli aspetti organizzativi ed economici; ma la linea tracciata dal P.S.N. 1998/2000 prosegue nel D. Lgs. 229/99.

Nel D. Lgs. 229/99 infatti, oltre ad una serie di riferimenti di base – che assumono qui un maggiore carattere di pertinenza e concretezza rispetto ad altre normative esaminate – si trovano elementi normativi rivolti specificamente all'integrazione socio-sanitaria. Nella parte che tratta del distretto essi vengono correlati principalmente ad esigenze di carattere organizzativo (ed in parte economico); l'articolo specificamente dedicato all'integrazione socio-sanitaria invece, come già visto in precedenza, si apre con l'indicazione che l'obiettivo delle prestazioni sociosanitarie è quello di soddisfare bisogni di salute complessi della persona. Da questo punto centrale si dipanano gli aspetti organizzativi ed economici, che si preoccupano di stabilire chi fa che cosa, e con quali fondi. La parte finale di tale articolo risulta particolarmente interessante dal punto di vista organizzativo, poiché stabilisce che "le regioni disciplinano i criteri e le modalità mediante i quali comuni e aziende sanitarie garantiscono l'integrazione, su base distrettuale, delle prestazioni sociosanitarie di rispettiva competenza, individuando gli strumenti e gli

⁹⁷ In realtà, nell'art. 2, indica come primo principio a cui attenersi per gli emanandi decreti legislativi quello di "perseguire la piena realizzazione del diritto alla salute", e richiama espressamente l'art. 1 della L. 833/78, nella parte in cui riprende l'art. 32 della Costituzione; ma tali richiami, pur fondamentali per confermare il "cambio di rotta", si riferiscono al S.S.N. in toto – e non specificamente all'integrazione socio-sanitaria.

atti per garantire la gestione integrata dei processi assistenziali sociosanitari” (art. 3-septies, c. 8). Tale disposizione appare importante perché in certo modo chiude il cerchio dell'integrazione stessa: che, iniziata nello stesso articolo con la definizione delle prestazioni, si conclude con l'inserimento delle stesse all'interno di più ampi e complessi processi assistenziali sociosanitari: certamente più capaci di rispondere ai bisogni complessi delle persone rispetto alle singole – pur se integrate – prestazioni.

Il Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale 1998/2000 – come già visto in precedenza – si pone in linea con le ultime due normative a carattere generale appena esaminate (ed in particolare con il P.S.N. 1998/2000, cui dedica, in apertura, uno specifico richiamo) e perciò si distanzia dall'omologo Progetto del triennio 1994/96, “figlio” del clima dei primi anni '90. Là dove, infatti, la preoccupazione principale era quella di un utilizzo razionale delle risorse, e dunque vi si potevano rintracciare unicamente riferimenti a carattere organizzativo ed economico, qui si amplia il ventaglio delle prospettive e compare il riferimento personalistico, in particolare negli interventi rivolti all'età evolutiva – indicati tra le priorità del Progetto Obiettivo stesso.

Tabella C3 – Riferimenti all'integrazione socio-sanitaria nelle normative in ambito sanitario degli anni '90

Normativa	Riferimento aspecifico/ di base	Riferimento economico	Riferimento organizzativo	Riferimento personalistico
DD. Lgs. 502/92 e 517/93	art. 3, c. 1.3.14 art. 4	art. 1, c. 4 → art. 3, c. 5 →	← art. 1, c. 4 ← art. 3, c. 5	art. 14, c. 1 (Qualità)
P.S.N. 1994/96 (DPR 1/3/94)	punto 5 (prem.)	punto 2.a punto 2.c punto 4.a → punto 5.b →	← punto 4.a → punto 5.a ← punto 5.b →	punto 2 (prem.) ← punto 4.a ← punto 5.b
P.O. Tutela Salute Mentale 1994-96 (DPR 7/4/94)		Strategia interv. →	Prem. → ← Strategia interv. →	←Prem. ← Strategia interv.
P.S.N. 1998/2000 (DPR 23/7/98)		premessa → parte II(ISS)→	← premessa → ← parte II (ISS) parte II (ADI) → parte II (distr.) →	← premessa parte I (tut. sogg. deboli) ← parte II (ADI) ←parte II (distr.)
L. 419/98	art. 2, c. 1, lett. m	art.2 c.1 lett. l.n.	art. 2, c. 1, lett. o	
D. Lgs 229/99	art. 1 c. 10 lett. e art. 2 bis/ter/quarter art. 3, c. 1 quater art. 3-quinquies	art. 3quater → art. 3septies →	← art. 3-quater ←art. 3-septies→	 ← art. 3septies
P.O. Tutela Salute Mentale (DPR 10/11/99)	interv. prioritari procedure	ruolo ee.ll. →	←ruolo ee.ll. interv. età evol.→	←interv. età evolut.

3.3.2. La normativa non sanitaria

Il primo corpus di normative non sanitarie – di ambito amministrativo – non si interessa direttamente di integrazione socio-sanitaria; è però importante perché predispone strumenti concreti per l'attuazione dell'integrazione a livello istituzionale: in particolare, le leggi del 1990 prevedono modalità di collaborazione tra amministrazioni ancora oggi utilizzate, nei territori, per realizzare progetti ed attività integrate.

Di diversa natura è il peso del D. Lgs. 112/98, che solo apparentemente costituisce una copia del D.P.R. 616/77: infatti mentre negli anni '70 l'attribuzione di compiti agli enti locali era il risultato di un processo di delega da parte dello Stato, alla fine degli anni '90 il concetto che guida tale processo è quello della sussidiarietà: si indica come luogo “naturale” di svolgimento di compiti e funzioni la realtà più vicina al cittadino, riservando ai livelli superiori ciò che non è realizzabile in basso. Questa impostazione, oltre a rispondere ad un orizzonte concettuale sostanzialmente capovolto – tanto da potersi parlare di vera e propria rivoluzione copernicana – ha come riflesso una rafforzata autonomia e capacità propositiva degli enti locali, che può influenzare positivamente i percorsi di integrazione socio-sanitaria.

Nonostante la loro importanza risulta evidente come, in queste normative, gli unici rimandi – neanche diretti, peraltro – utili all'integrazione abbiano carattere di presupposti di base, in cui quindi non è possibile rintracciare riferimenti né a carattere personalistico, né a carattere economico, ma neppure a carattere organizzativo: semplicemente, gli strumenti che vengono predisposti sono utilizzabili anche per l'integrazione, oltre che per i fini principali cui le norme si rivolgono.

Un posto particolare occupano invece la L. 104/92 e la L. 285/97, prime normative a carattere sociale in cui si affaccia il tema dell'integrazione socio-sanitaria. Nella L. 104/92 l'integrazione socio-sanitaria viene per così dire data per scontata, e costituisce l'intelaiatura su cui si viene a costruire il sistema a tutela dei diritti delle persone con handicap; ben prima quindi della definizione articolata che ne darà il P.S.N. 1998-2000 si prevede l'utilizzo di strumenti integrati, sia a carattere gestionale che a carattere professionale. Pur con le diverse caratterizzazioni esposte nella tab. C4, possiamo dire che qui, in realtà, l'approccio personalistico permei in

maniera evidente l'intera legge, che pone al suo centro la persona handicappata ed i suoi diritti, e cerca tutti gli strumenti possibili per garantirli.

Sostanzialmente simile l'impostazione della L. 285/97, che ha come obiettivo la promozione di diritti ed opportunità per i minori; anche qui vengono esplicitamente previsti, oltre ad accordi interistituzionali, strumenti quali i progetti personalizzati integrati – successivamente indicati dal P.S.N. 1998-2000 tra le modalità di integrazione professionale – che costituiscono la base per rendere ogni intervento sempre più adeguato alla singola persona, o in questo caso realtà familiare.

Tabella C4 – Riferimenti all'integrazione socio-sanitaria nelle normative in ambito non sanitario degli anni '90

Normativa	Riferimento aspecifico/ di base	Riferimento economico	Riferimento organizzativo	Riferimento personalistico
L. 142/90	art. 9, c. 2 artt. 24/25/27			
L. 241/90	art. 14 art. 15			
L. 104/92	art. 5, c. 1g		art. 7, c. 1 art. 13, c. 1a art. 15	art. 5, c. 1e art. 8, c. 1
L. 285/97	art. 2, c. 2			art. 4, c. 2
D. Lgs 112/98	art. 3, c. 2			

3.4. Gli anni 2000

Come si è visto in precedenza, in questo decennio la produzione normativa presenta una sostanziale stabilizzazione nell'ambito sanitario, ed un maggiore sviluppo nell'ambito sociale, oltre alle prime norme dedicate specificamente a tematiche inerenti l'integrazione stessa. Anche qui dunque l'analisi procederà separatamente per i diversi ambiti.

3.4.1. La normativa in ambito sanitario

Analizzando le normative sanitarie di questo decennio è ormai evidente la complessità delle sfumature e delle prospettive attraverso le quali viene descritta l'integrazione socio-sanitaria, che viene più volte indicata con riferimenti di vario tipo.

Il Progetto Obiettivo Materno Infantile presenta infatti molteplici punti in cui si interessa all'integrazione socio-sanitaria; e nella maggior parte di questi si possono rintracciare contemporaneamente riferimenti sia a carattere organizzativo che a carattere personalistico; sono invece pressoché assenti i riferimenti a carattere economico; probabilmente ciò deriva dal fatto che il P.O. è – come si diceva – il primo dedicato al tema, e dunque si preoccupa principalmente di delineare i principi e gli strumenti organizzativi a tutela della salute della donna e dei minori.

Il riferimento economico, assente nel P.O. materno infantile, si affaccia nuovamente nel P.S.N. 2003-2005: in particolare nella parte in cui si progettano nuove modalità di intervento nelle aree della cronicità, della disabilità e della terza età, viene sempre tenuto compresente, assieme all'attenzione agli aspetti organizzativi ed alla dimensione personalistica dei servizi, il tema della loro sostenibilità economica, tanto da porre tra gli obiettivi strategici del S.S.N. “la realizzazione di reti di servizi di assistenza integrata, economicamente compatibili, rispettose della dignità della persona” (*Punto 2.2.*). Ciò diventa – evidentemente – particolarmente necessario in aree di bisogni di salute come quelle considerate, nelle quali la richiesta di assistenza è tendenzialmente destinata ad aumentare nel prossimo futuro.

Tendenzialmente in tale linea si muove anche il P.S.N. 2006-2008, in cui però i riferimenti all'integrazione tendono a spostarsi più verso un carattere generale/aspecifico, con una discreta concentrazione nelle aree economica e organizzativa e d'altra parte una diminuzione, in senso quantitativo, dei riferimenti leggibili in chiave personalistica.

Ciò è reso, in maniera evidente, nella tabella C5, dalla forte presenza di riferimenti nella parte destra della tabella nei primi due provvedimenti normativi presi in esame, e dallo spostamento verso sinistra nel caso dell'ultimo P.S.N.

Tabella C5 – Riferimenti all'integrazione socio-sanitaria nelle normative in ambito sanitario degli anni 2000

Normativa	Riferimento aspecifico/ di base	Riferimento economico	Riferimento organizzativo	Riferimento personalistico
P.O. materno infantile (DM 24/4/00)	punto 5.2		Premessa → punto 4 → punto 8 → punto 10 → punto 12 → punto 13	← Premessa ← punto 4 ← punto 8 ← punto 10 ← punto 12
P.S.N. 2003- 2005 (DPR 23/5/03)	punto 6	p. 2.2.1. → p. 2.2.2. →	← punto 2.2.1. → ← punto 2.2.2. → punto 2.7. →	punto 1.1.1. punto 1.1.2. ← p. 2.2.1. ← p. 2.2.2. ← punto 2.7. punto 6.1.
P.S.N. 2006- 2008 (DPR 7/4/06)	punto 2.4. punto 3.2. punto 3.7. → punto 5.6.	← p. 3.7. → punto 3.8. →	← punto 3.7. ← punto 3.8. → punto 5.3. →	← punto 3.8. ← punto 5.3.

3.4.2. La normativa non sanitaria

La normativa non sanitaria del decennio in esame vede progressivamente ridursi la quota di provvedimenti a carattere amministrativo, in cui gli unici riferimenti all'integrazione socio-sanitaria sono a carattere assolutamente generale, in realtà quasi più delle pre-condizioni per l'attuazione dell'integrazione stessa, che non dei riferimenti veri e propri.

Diverso è invece l'interesse delle due normative sociali al tema, e dunque è possibile su di esse effettuare un'analisi per coglierne prospettive e linee di tendenza.

In tale ottica potremmo dire che la L. 328/00 risente fortemente – anche per quanto riguarda l'integrazione socio-sanitaria – di quella urgenza organizzativa nella costruzione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, presente sin dal

titolo:⁹⁸ la maggioranza dei riferimenti in essa presenti sono infatti collocabili in una prospettiva a carattere organizzativo; come se la priorità, anche nel tema che qui interessa, stia nel costruire reti, relazioni tra servizi limitrofi, intanto che si va costruendo il sistema integrato di interventi e servizi sociali. Poco presente, almeno nei riferimenti all'integrazione, la prospettiva personalistica; che d'altro canto però pervade tutta la legge, a partire dai principi enunciati nell'art. 1, e dunque non può considerarsi estranea. È poi presente un accenno a carattere economico, e non di poco conto, nell'art. 22, quando parlando del livello essenziale delle prestazioni sociali erogabili precisa "nei limiti delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali".

Un analogo riferimento si trova, come visto in precedenza, nel Piano Nazionale degli Interventi e Servizi Sociali, che all'inizio della Parte III presenta, parlando appunto dei livelli essenziali, sia un vincolo alle risorse disponibili, inquadrabile in una prospettiva economica, sia un riferimento all'integrazione socio-sanitaria più specificamente a carattere organizzativo. Quest'ultimo costituisce peraltro l'unico riferimento all'integrazione riconducibile, all'interno del Piano, a tale prospettiva, risultando in tal modo numericamente inferiore ai richiami inerenti la prospettiva personalistica. Potrebbe apparire strano che – in un atto di pianificazione qual è quello considerato – il tema organizzativo non sia la prospettiva principale; in realtà, anche qui, come già visto nel caso della L. 328/00, tale limitazione discende dal particolare angolo visuale considerato.

⁹⁸ Una sintesi sullo spirito della L. 328/00, espressa direttamente da chi l'ha promossa, si trova in Turco (2000, 1-2). Il numero della rivista "Prospettive Sociali e Sanitarie" in cui è contenuto tale articolo, numero triplo interamente dedicato alla L. 328/00, presenta molteplici contributi sulla legge stessa, della quale analizza i principali articoli con il commento di autori provenienti da diversi ambiti professionali.

Tabella C6 – Riferimenti all'integrazione socio-sanitaria nelle normative in ambito non sanitario degli anni 2000

Normativa	Riferimento aspecifico/ di base	Riferimento economico	Riferimento organizzativo	Riferimento personalistico
D. Lgs 56/00	art. 1, c. 1 art. 2-4 art. 8 art. 9			
D. Lgs 267/00	artt. 30/31/33/34			
L. 328/00	art. 6, c. 2 art. 8, c. 3	art. 15 c.3→ art. 22, c. 2	art. 3, c. 2 art. 6, c. 3 ←art. 15, c. 3 art. 18, c. 3.6 art. 19 art. 21, c. 1	art. 14, c. 1-2

3.4.3. La normativa dedicata all'integrazione

Le normative dedicate all'integrazione socio-sanitaria si muovono, nell'analisi secondo le tre prospettive sin qui utilizzate, in maniera leggermente diversa l'una dall'altra, secondo un andamento che potremmo definire oscillante.

Il D.P.C.M. 14/2/2001 infatti, pur presentando un nucleo forte di riferimenti a carattere organizzativo, si pone anche obiettivi a carattere economico, e presenta diversi riferimenti a carattere personalistico. Anzi, potremmo dire che in quest'ambito effettua un vero e proprio capovolgimento del punto di osservazione, attraverso il c. 1 dell'art. 2: lì dove infatti le normative precedenti, anche nei riferimenti a carattere personalistico, prendevano come punto di partenza le prestazioni,⁹⁹ il D.P.C.M. in oggetto prende le mosse dal bisogno del cittadino: "l'assistenza sociosanitaria viene prestata alle *persone che presentano bisogni di salute*"; solo successivamente si preoccupa di definire le prestazioni, in relazione ai bisogni stessi.

Quest'ultimo aspetto non trova traccia esplicita nel D.P.C.M. 29/11/2001, nel quale l'orientamento è – potremmo dire contemporaneamente ed esclusivamente –

⁹⁹ Si veda ad es. il D. Lgs. 229/99, art. 3-septies ("Si definiscono prestazioni sociosanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona ...").

sia economico che organizzativo. Si potrebbe osservare che tale impostazione sia assolutamente coerente ed in certo modo “obbligata” dalla particolare tipologia del Decreto, che non deve fare meta-riflessioni quanto piuttosto indicare diritti esigibili; è però vero che in realtà questo atto normativo non presenta, nella parte sull'integrazione, veri e propri livelli: l'unica precisa indicazione riguarda le percentuali di spesa che, per alcune tipologie di prestazioni, devono essere sostenute dai comuni e/o dagli utenti. Quest'ultimo aspetto sembra configurare una prevalenza dell'elemento economico, là dove si rintraccia “il tentativo, guidato dalla necessità di contenere i costi, di delegare alla competenza comunale la titolarità degli interventi che riguardano tutti i soggetti non autosufficienti che abbiano superato la fase acuta e post acuta della malattia” (Ragaini, 2002, 7; Ranci Ortigosa, 2003).

Il D.P.C.M. 21/3/2008, pur risentendo, come il precedente, di una forte impronta organizzativa, mostra sotto il profilo economico un'impostazione leggermente diversa, non indicando il limite delle risorse disponibili come una cornice restrittiva, all'interno della quale valutare l'eventuale esigibilità dei livelli; quanto piuttosto invitando a trovare, anche con l'apporto delle autonomie locali, “modalità di utilizzo delle risorse coerenti con l'obiettivo dell'integrazione, anche con riferimento al Fondo per le non autosufficienze, di cui all'art. 1, comma 1264, della L. 27/12/06, n. 297” (art. 21). Quest'ultimo riferimento, che da alcuni viene letto come un tentativo di caricare almeno una parte delle spese su fondi non sanitari, può risultare un utile sprone ad un miglior utilizzo delle risorse, tenendo presente l'obiettivo dell'integrazione. Appare infine interessante il tentativo di riequilibrio in senso personalistico di questo decreto rispetto all'omologo precedente: pur avendo infatti come fine principale quello di definire i livelli organizzativi, in tutti gli articoli la descrizione delle attività è accompagnata da riferimenti al bisogno della persona, alla presa in carico, all'elaborazione di progetti di assistenza individuale.

Tabella C7 – Riferimenti all'integrazione socio-sanitaria nelle normative ad essa dedicate degli anni 2000

Normativa	Riferimento aspecifico/ di base	Riferimento economico	Riferimento organizzativo	Riferimento personalistico
DPCM 14/2/01		art.4 c.1-2→ art. 4, c. 3 → art. 5	art. 2, c. 4-5 art. 3 → ← art. 4, c. 1-2 ← art. 4, c. 3 → artt. 6-7-8	art. 2, c. 1-3 ← art. 3 ← art. 4, c. 3
DPCM 29/11/01		liv. 2.g → liv. 2.h → all. 1.c →	← liv. 2.g ← liv. 2.h ← all. 1.c	
DPCM 21/3/08		art. 21 →	← art. 21 artt. 22-34 →	← artt.22-34

3.5. La riforma del Titolo V della Costituzione (L. Cost. 3/2001)

Si è visto nell'exkursus precedente come la riforma del Titolo V della Costituzione interessi il tema dell'integrazione socio-sanitaria, pur non occupandosene direttamente; volendo leggere tale relazione alla luce delle prospettive prese in considerazione sinora, a stretto rigore, si potrebbe dire che i riferimenti siano in certo modo delle pre-condizioni, e quindi mantengano un carattere piuttosto generico.

In realtà il tema dei “livelli essenziali”, legato ai diritti civili e sociali, può più appropriatamente collocarsi su un versante personalistico, ricollegandosi direttamente ai principi fondamentali esposti negli artt. 2 e 3 della Costituzione stessa.¹⁰⁰ La doppia collocazione del tema poi (nell'art. 117 e nell'art. 120, che tratta dei poteri sostitutivi dello Stato nei confronti delle regioni inadempienti) lo pone ad un rilievo nazionale: come dire, si tratta di un ambito a cui lo Stato non può sottrarsi, né nella determinazione dei livelli né nella verifica che tali livelli vengano poi effettivamente garantiti nei diversi contesti regionali. In tal senso appare di fondamentale importanza quanto espresso in precedenza circa la necessità che tali

¹⁰⁰ Ferioli parla dell'art. 117, c. 2 , lettera m) come di “un «ponte» di collegamento tra la prima e la seconda parte della Costituzione” (Ferioli, 2006, 4). Cfr. a tal proposito anche Balboni (2007, 27).

livelli *essenziali*¹⁰¹ vengano delineati in maniera precisa e puntuale, per evitare che il processo evolutivo nel senso della sussidiarietà divenga un'occasione di ulteriore sviluppo di disuguaglianze tra le diverse realtà regionali (Ferioli, 2006).

Un ulteriore nodo, evidenziato dalle normative precedenti la L. Cost. 3/01, è quello della correlazione tra livelli essenziali e costi economici – o, potremmo dire, tra *diritti* e *risorse*; su tale tema hanno messo l'accento diversi studiosi, nel timore che il condizionamento finanziario finisca per svuotare di contenuti i diritti stessi,¹⁰² configurando, nell'ottica della lettura che qui si sta svolgendo, una prevalenza della prospettiva economica su quella personalistica. Ciò non è specificamente indicato nella Costituzione novellata dalla riforma, anzi, anche qui il collegamento con i poteri sostitutivi sembrerebbe lasciar intendere che i “diritti civili e sociali” di cui lo Stato deve stabilire i livelli essenziali di prestazioni non siano finanziariamente condizionabili; ma certamente il tema è complesso, anche perché in una situazione in cui le risorse non sono infinite c'è il rischio di vedere contrapposti diritti diversi, tutti costituzionalmente garantiti, ognuno alla ricerca di risorse idonee a garantirlo. Una “mediazione”, per così dire, viene proposta in tal senso da M. Siclari, quando sostiene che

andrebbe osservato come le compatibilità finanziarie non possano costituire un termine del bilanciamento fra interessi costituzionalmente rilevanti, bensì il quadro entro il quale, una volta stabilito quali siano gli interessi da perseguire e tutelare con maggiore intensità, allocare proporzionalmente le risorse (Siclari, 2002, 116).

¹⁰¹ Per un'analisi della differenza tra livelli *minimi* ed *essenziali*, cfr. Ranci Ortigosa (2007) e Balduzzi (2002), che presenta anche alcuni elementi del dibattito sul tema.

¹⁰² Si esprime in tal senso, tra gli altri, Pepino (2001). Una diversa lettura viene offerta da Satta, quando osserva che “la contestualità (*nella definizione di livelli e risorse*) non sembrerebbe voler operare il bilanciamento tra garanzia dei diritti ed equilibrio di bilancio, quanto piuttosto realizzare che i livelli essenziali stabiliti siano effettivamente garantiti sulla base di risorse oggettivamente adeguate” (Satta, 2007, 504-505).

3.6. Verso una sintesi delle diverse prospettive

Nei paragrafi precedenti si è cercato, attraverso una prima lettura, di collocare i riferimenti all'integrazione socio-sanitaria incontrati nelle normative nell'ambito delle diverse prospettive individuate; per ricomporre una visione d'insieme circa l'andamento temporale può essere utile esaminarlo attraverso i grafici sotto riportati.

Grafico C8 – Riferimenti secondo le diverse prospettive nelle normative degli anni '70 ed '80

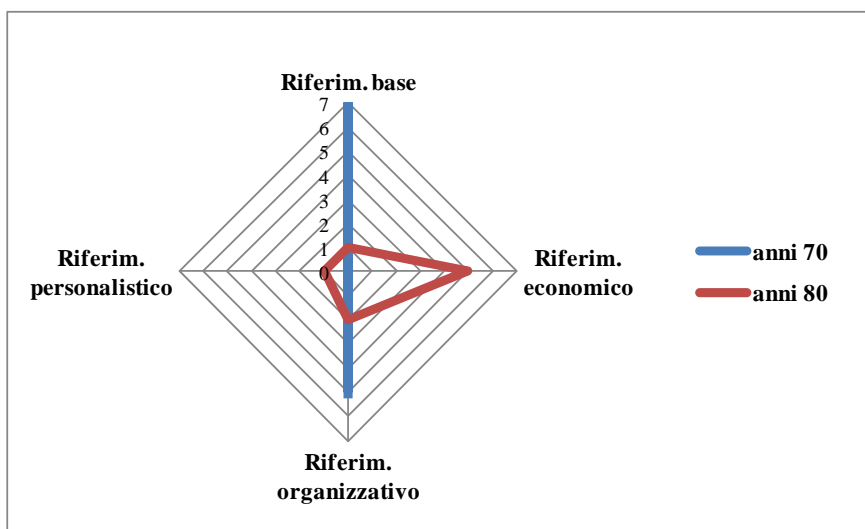


Grafico C9 – Riferimenti secondo le diverse prospettive nelle normative degli anni '90

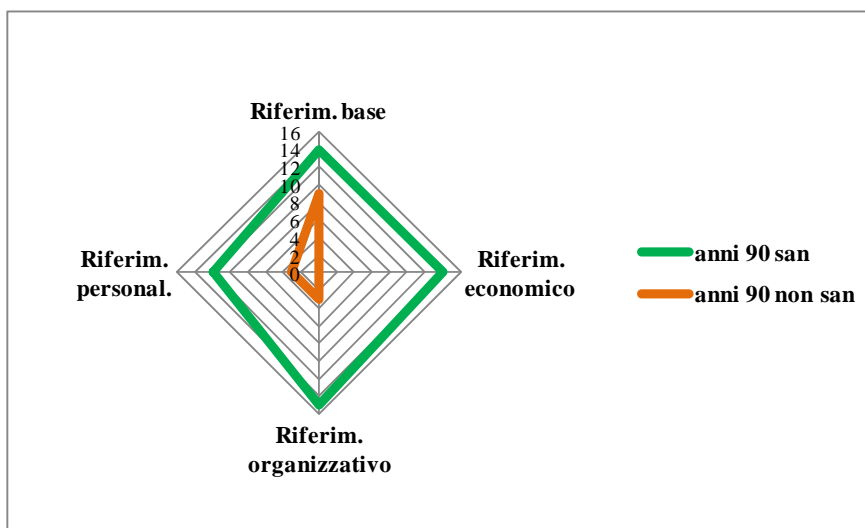
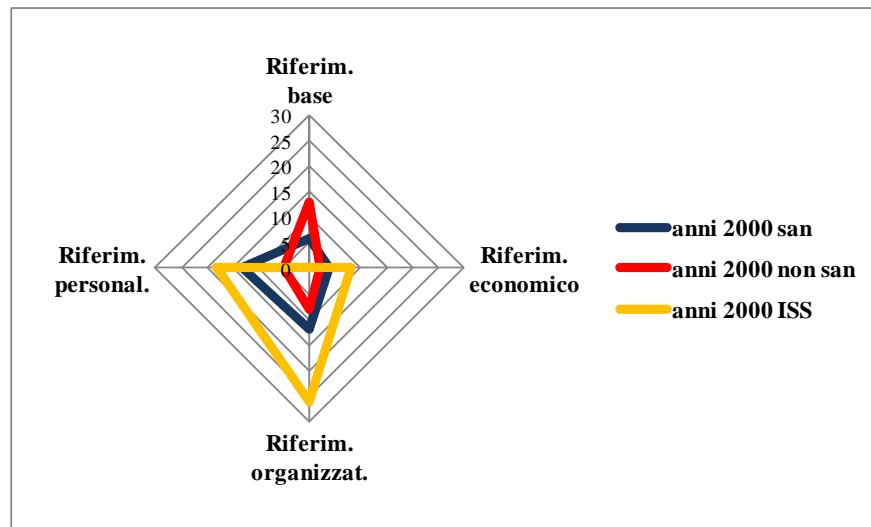


Grafico C10 – Riferimenti secondo le diverse prospettive nelle normative degli anni 2000



È interessante osservare come il cammino dell'integrazione inizi, negli anni '70, con un orizzonte limitato ad alcuni presupposti di base e ad elementi a carattere organizzativo, mentre già negli anni '80 – al di là di una timida presenza di tutte le prospettive considerate – si iniziò a sentire la forte ventata dell'attenzione agli aspetti economici, preludio ai processi di aziendalizzazione dei primi anni '90. Nell'ambito di questo decennio si osserva poi un sostanziale riequilibrio nelle normative a carattere sanitario, mentre le prime norme nel ramo amministrativo si caratterizzano in prevalenza nel porre i presupposti per futuri sviluppi; la totale assenza, in queste ultime, di riferimenti di tipo economico sembrano confermare l'idea che l'esigenza del risparmio di spesa sia avvertita unicamente nell'area sanitaria. Sostanzialmente simile è l'andamento, per le norme non sanitarie, nell'ultimo decennio considerato, mentre per quelle a carattere sanitario troviamo uno spostamento verso l'asse organizzativo-personalistico. Particolarmente interessante, e coerente con la specifica tipologia, risulta l'assenza dei riferimenti di base nelle normative specificamente rivolte all'integrazione socio-sanitaria, per il resto decisamente sbilanciata verso gli aspetti organizzativi, ma con una buona quota di riferimenti personalistici.

Alla luce della precedente analisi si può dunque certamente affermare che l'integrazione socio-sanitaria, nella normativa italiana, sia stata chiamata a misurarsi

con aspetti economici, organizzativi e personalistici; per completare l'analisi occorre però fare un passo ulteriore.

Si ricorderà infatti che – nella sintetica riproposizione delle linee del pensiero economico ed organizzativo effettuata nel cap. precedente – erano emerse posizioni sostanzialmente differenti circa il ruolo delle politiche economiche e sociali da un lato, e su senso e contenuti del termine “organizzazione” dall'altro. Appare pertanto utile cercare di rintracciare quali delle diverse posizioni siano maggiormente rappresentate all'interno delle normative oggetto di indagine.

In riferimento alla *prospettiva economica* la domanda sul ruolo dell'intervento pubblico nella tutela della salute può operativamente essere ricondotta al reciproco rapporto tra l'integrazione socio-sanitaria e le risorse economiche: là dove l'integrazione socio-sanitaria deve fare i conti con risorse sempre più scarse, o meglio ancora, contribuire ad un risparmio nella spesa sanitaria, è possibile intravedere un orientamento tendente a posizioni liberiste, in cui il fine principale del risparmio nasconde (a volte, neanche troppo) l'idea dell'intervento pubblico come un male talvolta necessario, ma da ridurre al minimo possibile. Sostanzialmente opposta è la posizione di chi, pur non disconoscendo la limitatezza delle risorse, ritiene tale intervento un elemento costitutivo, essenziale a raggiungere il fine proposto (nel nostro caso, l'integrazione socio-sanitaria).

Osservando per così dire in controtelaio le normative viste sin qui emerge, nella stragrande maggioranza dei riferimenti a tale prospettiva, una preoccupazione circa il contenimento e la razionalizzazione dei costi, quando non si giunge addirittura a leggere l'integrazione come “strumento” per la riduzione della spesa sanitaria, magari stabilendo di far ricadere su altri parte degli oneri. Esemplificativo in tal senso risulta il P.S.N. 1994/96, elaborato in piena epoca di aziendalizzazione:

Il problema centrale è quello del finanziamento dei servizi all'ammalato cronico (...) è veramente una scelta di civiltà ipotizzare un sistema di integrazione socio-sanitaria che permetta di dare risposte qualificate a costi relativamente contenuti, coinvolgendo nei progetti assistenziali diverse componenti della rete formale ed informale che si stende attorno all'ammalato cronico (*P. 2.A – Obiettivi*)

Non si può non vedere come, pur sotto il velo della scelta di civiltà, all'integrazione venga attribuito l'obiettivo di contenere i costi; e del resto, più avanti il Piano stesso si preoccupa di precisare che

il P.S.N. per il triennio 1994-96 non si pone quindi nell'ottica di costruire per le persone uno stato di salute come definito dall'O.M.S. (condizioni di benessere fisico, psicologico, relazionale), che appartiene più all'area della felicità umana che non a quella della salute.

Una certa inversione a questa tendenza la si può apprezzare nel P.S.N. 1998/2000, quando specifica che “nei Piani Regionali, l'integrazione deve costituire una priorità strategica, a cui destinare congrue risorse adottando anche il metodo dei Progetti Obiettivo” (*P. II*); in parte, nella L. 328/00, che nell'ambito del sostegno domiciliare agli anziani non autosufficienti prevede di destinare una quota di finanziamenti “ad investimenti e progetti integrati tra assistenza e sanità” (art. 15); nel già citato art. 21 del D.P.C.M. 21/3/2008 sui livelli essenziali di assistenza.

Si può dunque concludere che, per lo più, i riferimenti normativi alla prospettiva economica rientrano in un orientamento a tendenza liberista,¹⁰³ in cui il reciproco ruolo tra integrazione socio-sanitaria e risorse economiche è interpretato in favore di queste ultime, con la prima in un ruolo ancillare – o, per dirla con l'espressione di R. Bindi, di *variabile dipendente* dalla seconda.¹⁰⁴

Passando all'approfondimento della *prospettiva organizzativa*, nell'analisi dei contributi teorici effettuata nel cap. precedente erano emerse quattro possibili chiavi di lettura: le organizzazioni come strutture burocratico/razionali; le organizzazioni come luogo di relazioni tra soggetti; le organizzazioni in rapporto con l'ambiente, interno ed esterno; le organizzazioni come luogo di espressione delle soggettività.

La rilettura delle normative in tale prospettiva mostra indubbiamente aspetti sia statici (vicini al concetto di *organization*) che dinamici (in un'ottica più prossima

¹⁰³ Sullo sviluppo dell'ideologia liberista nella più ampia cornice delle politiche sociali, e sulle sue ricadute nell'ambito del servizio sociale, cfr. Fargion (2009, 80-111).

¹⁰⁴ Da questo punto di vista, se l'utilizzo della terminologia ha un suo significato, denominare le unità sanitarie locali “aziende” rende evidente che l'obiettivo delle stesse è, principalmente, quello del profitto – o almeno del pareggio di bilancio, senza che peraltro a ciò abbia corrisposto, nella maggior parte dei casi, un'equivalente attività di tipo imprenditoriale nei confronti del “prodotto-salute”.

all'*organizing*), relativi all'esigenza delle normative stesse di favorire, promuovere, implementare un sistema spesso nuovo. Ma di che tipo di realtà organizzativa parlano le norme? Anche qui, in generale, troviamo la prevalenza di un modello, che è quello burocratico/razionale: le leggi si propongono di creare strutture, sistemi, con un forte grado di coesione interna e di coerenza, date dalla regolamentazione stessa. Nell'ambito dei servizi sociali e sanitari in particolare, per lo più non si rintracceranno configurazioni di "burocrazia meccanica", seguendo le specificazioni proposte da Mintzberg, quanto piuttosto di "burocrazia professionale" (Colarusso, 2009). Le relazioni tra soggetti sono prese in considerazione solo in maniera finalizzata agli obiettivi da raggiungere; ed anche un aspetto come quello della formazione degli operatori viene visto in maniera strumentale allo specifico ambito in cui si trovano a lavorare. Il rapporto con l'ambiente esterno (inteso in questo caso come ciò che sta al di fuori dei servizi sanitari e di quelli sociali) si comincia ad intravedere nelle normative sanitarie degli anni 2000 e nella L. 328: in alcune più timidamente, in altre in maniera più compiuta, attraverso i concetti di rete e di concertazione/programmazione partecipata; si è però ancora lontani da una lettura nel senso di interazione biunivoca tra i sistemi socio-sanitari ed il contesto territoriale in cui si trovano ad operare. È invece decisamente assente dalle normative esaminate la possibilità di leggere l'organizzazione come un prodotto della soggettività di coloro che vi operano; ma forse un simile approccio è troppo lontano da quelle caratteristiche di ordine e sistematicità che caratterizzano le norme in quanto tali.

Dall'analisi effettuata sin qui si possono trarre alcune considerazioni circa il senso e gli obiettivi dell'integrazione socio-sanitaria.

Dal punto di vista economico è innegabile che sia necessario fare i conti con le risorse, attraverso un utilizzo attento anche a criteri di equità – visto che si parla di servizi pubblici, finanziati in definitiva dai cittadini stessi; ma ciò non dovrebbe portare ad equiparare l'integrazione ad un mezzo per risparmiare fondi, pena la perdita della sua propria natura. In tal senso si ritiene applicabile – *mutatis mutandis* – all'integrazione socio-sanitaria ciò che A. Sen afferma a proposito dello sviluppo umano:

L'essere attenti ai costi può aiutarci a indirizzare lo sviluppo umano verso canali che promuovono meglio – direttamente e indirettamente – la qualità della vita, ma non ne minaccia l'imprescindibile valore. (...) Il conservatorismo finanziario dovrebbe essere l'incubo del militarista, non della maestra elementare o dell'infermiera; e il fatto che infermiere e maestre elementari se ne sentano minacciate più dei generali è un segno del mondo alla rovescia in cui viviamo. Ma la rettifica di questa anomalia non richiede l'abbandono del conservatorismo finanziario; richiede un esame più pragmatico e aperto di tutte le richieste – in concorrenza tra di loro – di fondi pubblici. (Sen, 2000a, 149)

Anche dal punto di vista organizzativo è ovviamente necessario dare forma e dunque strutturare dei servizi; e certo il ruolo delle norme è quello di creare delle pre-condizioni perché possa poi esprimersi l'operatività. In servizi come quelli socio-sanitari, in cui il principale bene scambiato è a carattere relazionale, appare però fondamentale che le norme non si limitino a predisporre la struttura ma forniscano strumenti per curare anche l'ambiente relazionale tra gli operatori, ed i rapporti tra lo stesso ambiente ed il contesto in cui ci si trova ad operare; senza aspettarsi che ciò avvenga *naturalmente*, per la buona volontà e predisposizione degli operatori stessi. In tal modo i tre livelli (istituzionale, gestionale e professionale) possono lavorare sinergicamente per costruire servizi, interventi, prestazioni “su misura” dei bisogni delle persone a cui si rivolgono.

Perché proprio qui sta il punto: l'integrazione socio-sanitaria acquista significato solo in una chiave di lettura che parte dalla *globalità* della persona ed arriva a fornire, al suo bisogno, una risposta il più possibile *unitaria* pur nella diversità di interventi ed apporti professionali. In tale ottica gli elementi a carattere economico ed organizzativo sono certamente essenziali, ma rivestono un ruolo strumentale al perseguimento degli obiettivi di salute globale e benessere della persona.

Ciò che si intende qui sostenere è che la lettura in chiave *personalistica* dell'integrazione permette di coglierne la funzione di “trasmettitore di senso”:

l'integrazione socio-sanitaria riceve il proprio significato da quel *mandato sociale* che accomuna i servizi sociali e sanitari, inscritto nei primi articoli della Costituzione, e lo trasferisce sugli assetti economico-organizzativi che la rendono possibile.

L'assumere tale chiave di lettura nel contesto della ricerca sul campo ha significato cercare di mettere in rilievo la prospettiva personalistica dell'integrazione; tra le diverse alternative possibili in tal senso si è optato per un percorso di analisi che potesse tenere insieme l'esigenza di guardare all'integrazione dal punto di vista di chi la utilizza con l'opportunità di studiare l'intera realtà regionale.

Prendendo spunto dallo "Schema generale di riferimento della Carta dei servizi pubblici sanitari" (D.P.C.M. 19/5/95), che propone di individuare i fattori della qualità di ciascun servizio "a partire dall'esperienza dell'utente" ripercorrendone i diversi momenti del percorso, si è dunque scelto di dedicare una parte dello studio all'analisi dell'integrazione socio-sanitaria in tre "nodi" di tale percorso, ritenuti particolarmente significativi anche alla luce della riflessione in materia:¹⁰⁵ l'accesso ai servizi; la valutazione e presa in carico; l'intervento/trattamento.

¹⁰⁵ Cfr. in particolare Chiesa, 2000; Dal Pra Ponticelli, 2006; Goldoni, 2006; Neve, 2006.

Parte II

Il caso della regione Lazio

Premessa

La seconda parte della tesi analizza la realtà operativa dell'integrazione socio-sanitaria nella regione Lazio.

Dopo una sintetica ricostruzione del quadro generale all'interno del quale l'integrazione socio-sanitaria si realizza e la presentazione delle 12 A.S.L., con i relativi distretti, in cui si suddivide il territorio regionale, verranno illustrati i risultati salienti della ricerca sul campo, che ha seguito tre differenti itinerari.

Il primo e principale percorso, a carattere quantitativo, ha utilizzato come unità d'analisi il distretto sanitario, ed ha interpellato i referenti per l'integrazione socio-sanitaria dei 55 distretti delle Aziende Sanitarie della regione, intervistati attraverso un apposito questionario. Attraverso tale percorso di ricerca si è inteso rilevare, tenendo sempre sullo sfondo come elemento di interesse l'articolazione nei tre livelli dell'integrazione (istituzionale, gestionale e professionale), dapprima alcuni elementi a carattere generale, che permettessero di leggere le relazioni a carattere istituzionale e gestionale-programmatorio tra gli enti interessati (A.S.L. e comuni). Successivamente si è ritenuto utile focalizzare l'attenzione sull'attuazione dell'integrazione nelle tre dimensioni del percorso dell'utente all'interno dei servizi ritenute maggiormente significative:

- ✓ l'accesso integrato (AI), inteso come primo momento in cui il cittadino viene in contatto con i servizi socio-sanitari;
- ✓ le unità di valutazione e presa in carico (UV), ovvero il processo attraverso il quale viene analizzato il bisogno ed assunta la decisione se – e come – rispondervi;
- ✓ l'intervento/trattamento, momento centrale dell'operatività dei servizi sociali e sanitari, nel quale sono stati indagati i progetti integrati (PI) e le buone prassi (BP).

In coerenza con tale percorso, il questionario¹⁰⁶ (per la quasi totalità articolato in domande a risposta chiusa) si compone di una prima parte che mira a cogliere l'assetto generale, indagando la presenza e l'operatività, all'interno del distretto e poi

¹⁰⁶ Allegato 1.

nell'ente locale, di una funzione specificamente dedicata all'integrazione socio-sanitaria, il rilievo ed i contenuti dell'integrazione nei processi programmatori di A.S.L. ed enti locali, ed una valutazione dei livelli di collaborazione tra distretto ed enti locali di riferimento. La parte centrale del questionario è stata dedicata all'esame dei due momenti dell'accesso integrato e della valutazione e presa in carico, analizzandone, per il primo, le tipologie di accordo interistituzionali, gli strumenti operativi e le tipologie di bisogni cui si rivolge; per le seconde, oltre alle tipologie di accordi e di bisogni cui si rivolgono, i professionisti coinvolti nei diversi enti interessati, è stata indagata la presenza o meno dell'indicazione di figure professionali quali *casemanager*. L'ultima parte è indirizzata all'analisi dei progetti integrati, ed alla descrizione in maniera più specifica di buone prassi in tema di integrazione (massimo due per distretto), scelte dagli intervistati, e delle quali è stato chiesto di indicare la tipologia, gli operatori coinvolti ed i bisogni cui si rivolge. Prima della somministrazione sono stati effettuati due pre-test, uno in un distretto del comune di Roma ed uno in una delle altre quattro province. La somministrazione è stata effettuata attraverso un'intervista diretta in tutti i casi in cui i referenti hanno dato la disponibilità all'incontro (46); nei restanti distretti è stato auto compilato e fatto poi pervenire alla scrivente; la somministrazione ed i ritorni dei questionari sono avvenuti nel periodo giugno-dicembre 2009.

Il secondo itinerario, sempre di carattere quantitativo, ha utilizzato alcuni dati da una parallela ricerca sugli assistenti sociali del Lazio, all'interno della quale sono state poste alcune domande a carattere valutativo sull'integrazione socio-sanitaria ad un campione casuale semplice di 196 assistenti sociali, estratto tra tutti gli iscritti all'Ordine Regionale. La parte del questionario relativa all'integrazione¹⁰⁷ conteneva una prima domanda a carattere generale e successivamente riproponeva tre domande già presenti nel questionario rivolto ai referenti distrettuali, in modo da poter poi confrontare le risposte. L'intero questionario, prima della somministrazione, era stato sottoposto ad alcuni pre-test. Le relative interviste telefoniche sono state effettuate nel periodo giugno-novembre 2010.

Il terzo ed ultimo percorso della ricerca, a carattere qualitativo, ha inteso approfondire in particolare il livello professionale dell'integrazione, ed è consistito in

¹⁰⁷ Allegato 2.

due focus group con testimoni privilegiati, ovvero gruppi di operatori che collaborano in esperienze concrete di integrazione; i gruppi, composti da assistenti sociali di enti locali ed A.S.L., e da un'impiegata amministrativa, sono stati guidati nella discussione da una traccia.¹⁰⁸ Per costruire la traccia ed impostare l'organizzazione dei focus group si è utilizzata la partecipazione, come osservatore, ad alcune riunioni di un gruppo di lavoro integrato (composto da operatori di A.S.L., Municipio e terzo settore) all'interno del comune di Roma, e ci si è serviti di spunti suggeriti da alcune delle risposte libere dei questionari rivolti ai referenti distrettuali. La conclusione di tale percorso ha portato ad una traccia contenente elementi valutativi su punti di forza e criticità – sia della specifica esperienza, che a carattere più generale – e stimoli alla riflessione sul tema della *cultura* dell'integrazione. Entrambi i focus group, effettuati uno in un distretto all'interno del comune di Roma ed uno in una provincia, sono stati realizzati nel mese di luglio 2010.

¹⁰⁸ Allegato 3.

4. L'assetto istituzionale ed il quadro territoriale delle A.S.L.

Prima di entrare nel vivo dell'analisi dei dati emersi dalla ricerca occorre inquadrare la realtà della regione Lazio dal punto di vista dell'assetto istituzionale, dei modelli programmatico-organizzativi e della realtà territoriale e demografica.

4.1. L'evoluzione del quadro istituzionale dagli anni '70 ad oggi

Il quadro istituzionale all'interno del quale si collocano i servizi sanitari e sociali ha subito modifiche e variazioni anche consistenti, talvolta seguendo l'andamento delle normative nazionali, talvolta anticipandolo. Si tenterà dunque di ripercorrerne sinteticamente l'evoluzione storica dagli anni '70 ad oggi.

4.1.1. I primi atti regionali sui servizi socio-sanitari

L'attività normativa della regione Lazio su questi temi si avvia negli anni '76 – '77 con due normative che se da un lato riprendono alcuni temi del dibattito in corso in quegli anni (Trevisan, 1972; Onida, Prezioso, Trevisan, 1974) dall'altro presentano un'apertura verso l'integrazione tra il sanitario ed il sociale che non avrà un seguito nelle normative nazionali immediatamente successive.

Si tratta della L. R. 2/76¹⁰⁹ e della L. R. 39/77,¹¹⁰ che – “in attesa della riforma sanitaria e di quella dell'assistenza” – impongono “la riorganizzazione e l'integrazione dei servizi sociali e sanitari al fine di pervenire alla unificazione degli interventi diretti alla tutela globale della salute dei cittadini”. Per perseguire tale obiettivo viene prevista la delega, dalla regione agli enti locali, delle funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera e di assistenza pubblica, e la costituzione di consorzi tra comuni, province e comunità montane per

¹⁰⁹ “*Riorganizzazione ed integrazione dei servizi sanitari e sociali della Regione e istituzione delle Unità locali per i servizi sociali e sanitari*”.

¹¹⁰ “*Riorganizzazione funzionale dei servizi socio-sanitari e riordinamento della rete ospedaliera della città di Roma*”.

la gestione coordinata dei servizi sanitari e sociali. Il complesso dei servizi gestiti dai consorzi costituisce l'Unità Locale per i Servizi Sociali e Sanitari, articolata successivamente in aree elementari e distretti. Coerentemente con l'impostazione integrata viene previsto che l'U.L.S.S.S. ricomprenda sia i servizi attualmente gestiti dalle aziende sanitarie (dalla profilassi ed igiene ambientale, all'assistenza sanitaria e ospedaliera, alla tutela della maternità ed infanzia, all'“igiene mentale” ed all'assistenza ai disabili) sia quelli oggi gestiti dai servizi sociali degli enti locali (dalla programmazione degli asili-nido, all'assistenza ai minori ed agli anziani). Ultimo aspetto degno di nota, il tema della programmazione, intesa come “metodo democratico di intervento nei settori dell'assistenza sociale e sanitaria per indirizzarli verso un compiuto sistema di sicurezza sociale”; processo a cui partecipano gli enti locali, il consorzio socio-sanitario, le organizzazioni sindacali e le forze sociali, e che si conclude con la predisposizione del piano regionale *socio-sanitario*.

Si vedrà come nelle norme successive, anche sull'onda dell'evolversi del quadro normativo nazionale, il forte contenuto integrato andrà via via scemando, sino a perdersi anche nei titoli.

4.1.2. Le normative regionali tra la prima e la seconda riforma del Servizio Sanitario Nazionale

Tra il 1979 ed i primi anni '90 vedono la luce alcune normative che disegnano l'assetto del Servizio Sanitario regionale, istituito a livello nazionale dalla L. 833/78, ed altre che tentano di dare avvio ai processi programmatori.

Tra le prime, in particolare, abbiamo due leggi per molti versi simili tra loro, la L. R. 93/79¹¹¹ e la L. R. 5/87,¹¹² ma con alcune differenze significative dovute all'emanazione – tra la prima e la seconda – del D.P.C.M. 8/8/1985. In entrambe vengono confermati, negli intenti generali, i principi della programmazione e dell'integrazione e coordinamento dei servizi sociali e sanitari, all'interno però della nuova cornice dell'istituzione del servizio sanitario nazionale. Nascono così le unità

¹¹¹ “Costituzione, organizzazione, gestione e funzionamento delle unità sanitarie locali e coordinamento e integrazione dei servizi sociali con quelli sanitari, in attuazione della legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del servizio sanitario nazionale e del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616”.

¹¹² “Norme sulle associazioni intercomunali e sulla organizzazione, gestione e funzionamento delle unità sanitarie locali”.

sanitarie locali (20 nell'area del comune di Roma, ed altre 39 nel resto della regione) e viene confermata l'articolazione in distretti; ma già dalla prima normativa scompaiono, tra le attribuzioni delle U.S.L., tutte le competenze più specificamente sociali. Il processo di progressiva modifica tra le due norme considerate investe innanzi tutto i distretti: che nella seconda riacquistano la definizione di *socio-sanitari*, persasi nella precedente, ma a prezzo di un declassamento da "strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi" ad "ambiti territoriali per l'organizzazione e l'integrazione funzionale delle attività di base". Viene introdotto un apposito titolo per regolamentare il coordinamento dei servizi sociali, in cui si prevede la possibilità, per gli enti locali, di gestirli mediante gli organi delle U.S.L.; ma, pur prevedendo sin dall'inizio la separazione dei bilanci e della contabilità, la seconda normativa è molto più stringente nell'indicare la necessità di individuare con precisione le attività sociali, le cui spese dovranno essere rimborsate dai comuni alle U.S.L. Infine, la programmazione: la L. R. 93/79 prevede la predisposizione di piani *socio-sanitari* triennali, con procedure che prevedono la presentazione di proposte – da parte dei comuni – prima dell'elaborazione della bozza da parte della Giunta regionale; la norma successiva abbandona definitivamente l'idea di piani integrati, specificando che i piani sanitari dovranno essere elaborati direttamente dalla Giunta regionale, con il supporto di un comitato tecnico-scientifico creato con apposita legge cinque anni prima.¹¹³

In questi anni prendono forma alcuni documenti che disegnano una cornice per i successivi atti programmatori: in particolare, la L. R. 49/82¹¹⁴ istituisce il comitato tecnico scientifico per la programmazione socio-sanitaria regionale, presieduto dal presidente della commissione consiliare permanente alla sanità e composto, oltre che dall'intera commissione sanità, dagli assessori regionali alla sanità, enti locali, programmazione, bilancio, formazione professionale e lavori pubblici; da 18 esperti, designati dalla Giunta, in varie materie sanitarie, nonché in programmazione e gestione dei servizi sociali, ed altre materie di ambito sociale. A

¹¹³ Vale peraltro la pena di evidenziare che nel frattempo, come si vedrà nel prossimo paragrafo, non è stato ancora prodotto nella regione alcun Piano.

¹¹⁴ "Avvio alla programmazione sanitaria regionale e istituzione del comitato tecnico scientifico per la programmazione socio – sanitaria".

completare il quadro di questi anni vale la pena di ricordare la L. R. 58/83,¹¹⁵ in cui si anticipano di qualche mese i temi contenuti nella L. 730/83, che costituiranno poi il *leit motiv* del decennio successivo: si comincia infatti a parlare di “razionale utilizzazione delle risorse disponibili”; di “efficiente utilizzazione del personale”; di “riconversione dei posti-letto ospedalieri al fine di ricondurre l’ospedale alla funzione di cura delle malattie acute e delle emergenze”. Si comincia ad intuire, già da qui, che il vento è cambiato.

4.1.3. Le normative tra gli anni '90 ed i primi anni 2000

In questo periodo l’amministrazione regionale sviluppa da un lato una produzione normativa che recepisce ed attualizza la riforma sanitaria-bis, in una logica di sempre maggiore specializzazione dell’ambito sanitario; dall’altro, la legge di riordino dei servizi sociali, anticipatrice della L. 328/2000; completano il quadro alcuni iniziali tentativi di dare avvio a processi di integrazione socio-sanitaria.

In ambito sanitario troviamo dunque le LL. RR. 18 e 19, entrambe del 16/6/94,¹¹⁶ che sanciscono la trasformazione delle U.S.L. in aziende – dopo che la Del. C. R. 907, di circa tre mesi precedente, aveva ridotto alle attuali 12 le 51¹¹⁷ U.S.L. esistenti – ed istituiscono in alcuni ospedali dell’area romana le aziende ospedaliere.¹¹⁸ In questo mutato quadro, i comuni esprimono il bisogno sanitario della propria popolazione attraverso le conferenze locali per la sanità, composte dai sindaci dei comuni associati – o dai presidenti delle circoscrizioni, per il comune di Roma. I distretti tornano ad essere solo sanitari, ed assumono un ruolo maggiormente da protagonisti, configurandosi come articolazioni territoriali, ma anche organizzative e funzionali delle A.S.L. In una logica di specializzazione della sanità, rientrando in questo *trend* di sempre maggiore separatezza tra gli ambiti sanitario e

¹¹⁵ “*Disposizioni in materia di finanziamento, programmazione, gestione e controllo delle attività delle unità sanitarie locali*”.

¹¹⁶ La L. 18 titola “*Disposizioni per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del D. Lgs. 30/12/1992, n. 502 e s.m.i. Istituzione delle Aziende Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere*”; la L. 19 introduce alcune modifiche alla precedente.

¹¹⁷ Rispetto all’iniziale assetto delle U.S.L. si era già avuta nel 1987 una riduzione del numero delle U.S.L. in area romana, che erano passate da 20 a 12.

¹¹⁸ In questa fase vengono istituite 3 Aziende Ospedaliere (S. Camillo/Forlanini/Spallanzani; S. Giovanni/Addolorata; S. Filippo Neri), che verranno successivamente integrate da altre 3, sempre in area romana.

sociale, può esser letta anche la L. R. 16/99, che istituisce l'Agenzia di Sanità Pubblica regionale, con funzioni di supporto tecnico-scientifico all'omonimo assessorato regionale, nonché in tema epidemiologico e per l'implementazione del sistema informativo sanitario.

Questi anni vedono anche apparire nel 1996, sulla scena normativa regionale, la legge di riordino dei servizi sociali, anticipatrice rispetto alla L. 328/00, ed a tutt'oggi – pur con alcune modifiche successivamente introdotte – legge di sistema in ambito sociale: la L. R. 38.¹¹⁹ La legge si propone l'obiettivo di “concorrere alla realizzazione di un organico sistema di sicurezza sociale volto a garantire il pieno e libero sviluppo della persona e delle comunità”, e di disciplinare, in particolare, “la programmazione e l'organizzazione dei servizi e degli interventi socio-assistenziali nella regione, nonché le modalità di coordinamento per l'integrazione con i servizi e gli interventi sanitari, educativo-scolastici e sportivi”. Dal punto di vista della programmazione definisce un sistema “a cascata”, che dal piano socio-assistenziale regionale giunge ai piani di zona passando attraverso i piani provinciali e metropolitano (questi ultimi poi aboliti dalla L. R. 2/2003); tenta di impostare un sistema di finanziamento globale delle politiche sociali, promuovendo “l'impiego coordinato di tutte le risorse destinate ai fini socio-assistenziali e ripartendo tra gli enti locali il fondo regionale per gli interventi ed i servizi socio-assistenziali”; anche qui dunque anticipando temi poi ripresi dalla normativa nazionale in materia. Altro elemento di particolare rilevanza è la previsione dell'istituzione – da parte dei comuni, singoli o associati, e delle comunità montane interessate dalla gestione dei servizi sociali – del servizio di assistenza sociale, attraverso il quale esercitare “tutte le funzioni amministrativo-burocratiche e tecnico assistenziali relative agli interventi previsti dalla legge”. Sul tema dell'integrazione vi sono diversi riferimenti: dalla previsione che nel piano socio-assistenziale regionale – coordinato con il sanitario – vadano individuate le funzioni da esercitare in forma coordinata con i servizi sanitari in ambiti territoriali coincidenti con i distretti sanitari, e quelle da esercitare in aree

¹¹⁹ “*Riordino, programmazione e gestione degli interventi e dei servizi socio-assistenziali nel Lazio*”. Negli anni più recenti ci sono stati tentativi di elaborare nuove proposte legislative in materia, anche su stimolo delle forze sociali e degli Ordini professionali – quello degli Assistenti Sociali in particolare; nel 2009 una proposta era giunta alla calendarizzazione in Consiglio regionale, ma la prematura conclusione della consiliatura l'ha fatta decadere.

sovra distrettuali; all'indicazione che i due piani regionali (sociale e sanitario) individuino le aree in cui realizzare l'integrazione, in particolare negli ambiti materno infantile, della disabilità e salute mentale, delle tossicodipendenze, degli anziani; alla prescrizione che – tranne nel caso della delega di funzioni dai comuni alle A.S.L. delle attività sociali – l'integrazione venga perseguita attraverso accordi di programma, stipulati in conformità a schemi-tipo approvati dalla Giunta regionale. Sempre in tema di normative a carattere sociale, ma in certo modo in controtendenza rispetto alla L. R. 38/96, là dove tenta di ricondurre tutti i finanziamenti al fondo regionale per gli interventi ed i servizi socio-assistenziali, è la L. R. 6/2004, che istituisce un fondo di € 500.000 annui per gli anni 2004/2005/2006 a favore dei comuni al di sotto di 2.000 abitanti¹²⁰ destinato alle “emergenze di carattere socio-assistenziale per le quali le risorse proprie comunali e quelle trasferite dalla Regione in via ordinaria siano insufficienti”.

In questi anni si inizia anche ad affrontare il tema dell'integrazione socio-sanitaria, in parte con atti espressamente dedicati, in parte nel contesto di norme a più ampio respiro. Un primo passo in tal senso si trova nella delibera di Giunta 3140/95, attuativa delle indicazioni delle LL. RR. 18 e 19/94, che entra nel merito delle modalità organizzative per l'integrazione socio-sanitaria, richiamando da un lato l'indispensabilità di “definire protocolli tra le amministrazioni mediante i quali siano definiti i livelli e i criteri di coordinamento delle prestazioni e dei servizi ed esplicitate le modalità con cui viene assicurata al cittadino un'assistenza continuativa”; dall'altro l'opportunità di costituire unità operative di servizio sociale tra operatori di servizio sociale di enti locali ed A.S.L., nelle quali “sia esaltata e approfondita la propria comune appartenenza disciplinare e tecnico-metodologica”. Alla fine degli anni '90 si tenta di dare impulso all'integrazione socio-sanitaria, attraverso l'attribuzione di fondi specifici: con la delibera di Giunta 6879/98 vengono assegnati, a ciascuno dei comuni capofila di sette distretti,¹²¹ circa 70 milioni di lire dal fondo sociale regionale per avviare la sperimentazione dei servizi socio-sanitari. Successivamente, nel luglio 2001, una nuova delibera di Giunta (su proposta di

¹²⁰ Secondo i dati ISTAT, al 1/1/2005 i Comuni al di sotto di 2000 abitanti erano, in tutta la regione, 122 sui 378 totali.

¹²¹ Si tratta dei distretti Latina Sud (attualmente denominato Latina 5), Rieti 1, Viterbo 3, Roma F3, Roma G2, Frosinone C, e del Municipio 10, coincidente con il distretto 4 della A.S.L. Roma B.

entrambi gli assessori, quello alla sanità e quello alle politiche per la famiglia ed i servizi sociali) fornisce direttive specifiche, sul tema dell'integrazione, ai direttori generali delle A.S.L.: dando nuovamente indicazione di sottoscrivere ed attuare accordi di programma con gli Enti locali, e di identificare idonee risorse finanziarie, anche attraverso la creazione di un bilancio di distretto in cui si ricompongano ed integrino risorse per i servizi socio-assistenziali e socio-sanitari. Istituisce inoltre, per monitorare gli interventi di integrazione, un gruppo di lavoro permanente, di cui fanno parte i due assessori regionali ed i rappresentanti dei due dipartimenti. Emerge chiaramente in questi atti – e nell'ultimo in particolare – la volontà di ricomporre se non proprio un unico assessorato almeno degli strumenti stabili di collaborazione tra i massimi attori istituzionali della regione, e di dare direttive cogenti sul tema dell'integrazione socio-sanitaria, che comincia ad essere sentito come una criticità che non può più essere sottovalutata.

4.1.4. Le normative degli ultimi anni, dal Piano di Rientro ad oggi

Negli ultimi anni, dal 2007 ad oggi, si rintraccia una forte accelerazione di atti normativi in tema di integrazione socio-sanitaria, che hanno generato in buona parte della regione processi che sono stati almeno in parte intercettati dal lavoro di ricerca. Tali atti sono stati però preceduti dall'accordo per il piano di rientro dal debito sanitario, firmato tra la regione e lo Stato nel febbraio 2007, in seguito alla scoperta di un forte deficit nelle casse regionali, che tra il 2003 ed il 2005 aveva avuto un'impennata. Il Piano di Rientro ha creato un nuovo quadro istituzionale, in cui ovviamente il primo obiettivo da conseguire è il risparmio – a partire ad esempio dal personale, riguardo il quale la regione deve garantire che per gli anni 2007, 2008 e 2009 la spesa complessiva non superi quella del 2004, ridotta dell'1,4%; o dalla riconversione/riduzione dei posti letto, ospedalieri e di lungodegenza. In tale logica viene posta una particolare attenzione ai processi di deospedalizzazione, ed alla “realizzazione di iniziative tese ad integrare le attività sanitarie e socio-sanitarie, a partire dagli interventi residenziali, semi-residenziali e domiciliari a favore degli anziani e dei disabili”.

In tale contesto prende dunque forma la delibera di Giunta 433/07,¹²² nata su proposta unicamente dell'assessore alla sanità; la delibera indica in premessa gli elementi ritenuti qualificanti per la realizzazione di attività integrate e per la deospedalizzazione: distretto sociosanitario; integrazione sociosanitaria, sistema informativo integrato; cure primarie; medicina generale e pediatria di libera scelta; centri di assistenze domiciliare, assistenza domiciliare integrata; cure intermedie (R.S.A., hospice, presidi territoriali di prossimità); continuità assistenziale e dimissioni protette; sistemi di remunerazione. La delibera impegna le A.S.L. ad approvare i Piani Attuativi Locali secondo le indicazioni contenute nell'allegato tecnico, predisposto dall'Agenzia di Sanità Pubblica, prevedendone i tempi di attivazione e – in caso del mancato rispetto degli stessi – la procedura di commissariamento da parte della regione stessa. Nell'allegato tecnico vengono ripresi singolarmente gli elementi ritenuti qualificanti per l'integrazione; in generale, la lettura delle tematiche è (e non poteva forse essere altrimenti) molto sanitaria, ma vi sono contenuti comunque spunti interessanti, anche alla luce del livello di coerenza che la delibera assume. Viene riproposta la centralità del distretto come primo responsabile degli esiti di salute e promotore della programmazione socio-sanitaria, attraverso l'armonizzazione tra il Piano per le Attività Territoriali distrettuale, il Piano Attuativo Locale dell'Azienda ed i Piani di Zona degli enti locali. Prevede inoltre la progressiva organizzazione di un Punto Unico di Accesso integrato sanitario e sociale – servizio del distretto in grado di espletare funzioni di “filtro/triage”; lo sviluppo di unità di valutazione, con compiti valutativi da svolgersi attraverso strumenti multidimensionali standardizzati ed il Piano di Assistenza Individuale, e con l'individuazione del case-manager dove ritenuto necessario. Il distretto viene dunque indicato come luogo principe dell'integrazione socio-sanitaria, per favorire la quale la delibera prevede, oltre agli strumenti sopra indicati, che vengano istituite – sia a livello A.S.L. che a livello dei singoli distretti – funzioni specifiche ad essa dedicate, e che venga “rafforzata la formazione finalizzata allo sviluppo di competenze che integrino le varie culture professionali”. Viene inoltre posto l'accento – con l'obiettivo di favorire la deospedalizzazione – sull'assistenza

¹²² “Indicazioni e interventi per la realizzazione di iniziative tese ad integrare le attività sanitarie e sociosanitarie. Incentivazione dei processi di de-ospedalizzazione nella Regione Lazio”.

domiciliare integrata e sulla continuità assistenziale; quest'ultima però se nella premessa viene intesa come movimento bidirezionale ospedale-territorio e viceversa, nei risvolti operativi assume per lo più una connotazione strettamente sanitaria, tranne nel caso delle dimissioni protette.

Il tema della valutazione multidimensionale viene ripreso alcuni mesi dopo con la delibera di Giunta n. 40/2008¹²³ – sempre su proposta dell'assessore alla sanità – che promuove la sperimentazione di tale valutazione su tutto il territorio regionale, rivolta in particolar modo ai soggetti “fragili”, ovvero a “coloro che, indipendentemente dall'età, sono portatori di patologie cronico-degenerative o di esiti disabilitanti tali da condizionare negativamente le attività della vita quotidiana”. Si tratta, evidentemente, di persone disabili o anziani con basso livello di autosufficienza; non a caso tale valutazione, in particolare quella di secondo livello, è orientata agli ambiti della residenzialità, dell'assistenza domiciliare e delle dimissioni protette. Come strumento valutativo viene indicata la scheda R.U.G. (Resource Utilization Groups), da integrare con una scheda per la valutazione dei bisogni sociali e delle risorse economiche – scheda sociale che però non viene predisposta dalla delibera. La delibera indica poi le figure professionali a cui è affidata la valutazione (il medico di medicina generale/pediatra di libera scelta; infermiere, assistente sociale, medico di distretto; integrate a seconda delle specifiche necessità da altre figure professionali quali il medico specialista, il terapeuta della riabilitazione, lo psicologo, ecc); prevede l'individuazione del casemanager e le modalità di elaborazione del piano assistenziale individuale. Viene infine indicata la necessità di formalizzare almeno una Unità Valutativa Integrata per ciascun distretto.

Quanto indicato dalle due delibere ora richiamate confluisce nel Decreto del Presidente della Regione in qualità di Commissario ad acta n. 18/2008,¹²⁴ che inserisce la programmazione per l'integrazione socio-sanitaria nelle linee guida per l'elaborazione dei Piani Attuativi Locali delle A.S.L. (i quali, secondo quanto previsto nella Del. 433/07, dovranno essere redatti entro 60 giorni dal decreto stesso,

¹²³ “Adozione dello Strumento di Valutazione Multidimensionale regionale per l'ammissione e presa in carico di persone portatrici di problematiche assistenziali complesse negli ambiti domiciliare, semiresidenziale e residenziale”.

¹²⁴ “Approvazione della “Programmazione per l'integrazione sociosanitaria nella Regione Lazio” e delle “Linee guida per la stesura del Piano Attuativo Locale triennale 2008-2010”.

e quindi entro i primi di novembre 2008). Le linee guida, nell'indicare che i P.A.L. per il triennio 2008-2010 dovranno essere orientati soprattutto sugli aspetti dell'integrazione socio-sanitaria, danno tre obiettivi/direttrici di sviluppo:

- ✓ il Punto Unico di Accesso – da non considerarsi, specifica il documento, “necessariamente un luogo fisico, ma una modalità di approccio ai problemi dell'utenza e di interfaccia con la rete dei servizi”; che quindi deve “diventare una modalità di lavoro propria degli operatori sanitari e sociali piuttosto che una specializzazione di alcuni addetti”;
- ✓ la Valutazione Multidimensionale, intesa come “approccio che integra le diverse aree tematiche fondamentali che caratterizzano la condizione di soggetti portatori di patologie croniche con livelli medi o gravi di non autosufficienza”, da effettuarsi su due livelli;
- ✓ la Continuità assistenziale, che “risponde all'esigenza di strutturare percorsi di cura integrati tra ospedale e territorio e viceversa” e “rappresenta uno sviluppo funzionale ed organizzativo che, ponendo in relazione tra loro strutture e professionisti ospedalieri e territoriali, orienta e facilita il percorso del cittadino superando gli aspetti prestazionali e meramente riparativi sino ad oggi preponderanti”.

Per ognuno dei tre obiettivi vengono indicati nel dettaglio i risultati attesi, gli indicatori di valutazione del processo ed un cronoprogramma delle attività da implementare.

A completamento del quadro normativo di questi anni occorre ricordare infine due leggi del 2009 che, pur non riguardando direttamente l'integrazione socio-sanitaria, impattano con l'assetto sinora delineato.

La prima è la L. R. n. 2,¹²⁵ che istituisce il Centro di Accesso Unico alla Disabilità (C.A.U.D.); questo si propone di “garantire a tutti i cittadini le informazioni, l'orientamento, l'assistenza amministrativa necessaria, nonché l'efficiente gestione degli interventi e dei servizi rivolti ai disabili e ai loro nuclei familiari, e di promuovere, sostenere, armonizzare le azioni ed i servizi di cui alla presente legge, in ciascun ambito distrettuale, all'interno del punto unico di accesso

¹²⁵ “Istituzione del Centro di Accesso Unificato per la Disabilità (CAUD). Modifica alla L.R. 41/03 (Norme in materia di autorizzazione all'apertura ed al funzionamento di strutture che prestano servizi socio-assistenziali)”

integrato sanitario e sociale”. Il centro si propone, in sostanza, di fornire orientamento ma anche di effettuare una valutazione multidimensionale del caso, finalizzata alla predisposizione del progetto di vita personalizzato, e si rivolge in maniera specifica – e sostanzialmente esclusiva – ai disabili ed ai loro familiari.

L'altra normativa è la L. R. n. 9, che istituisce i distretti socio-sanitari montani, finalizzati a “garantire livelli essenziali ed uniformi di prestazioni socio-sanitarie ai cittadini residenti nelle aree montane”. La legge precisa che il distretto socio-sanitario montano è un'articolazione territoriale, organizzativa e funzionale della A.S.L., “il cui ambito territoriale coincide, di norma, con quello dei territori delle comunità montane ricadenti nella medesima provincia”, ed in fase di prima attuazione istituisce i primi tre distretti socio-sanitari montani: il Distretto 4 della A.S.L. Roma G; il Distretto 5 della A.S.L. di Rieti; il Distretto 1 della A.S.L. di Viterbo.¹²⁶

Si coglie in queste due leggi – così come nel periodo precedente per la legge sul finanziamento dei piccoli comuni – una incongruità rispetto al processo delineato dalle altre normative citate: dove là si tentava di creare un assetto il più possibile unitario, queste ricreano dei sostanziali duplicati o dei particolarismi che complicano ulteriormente il quadro.

La rappresentazione che emerge da quest'ultimo gruppo di normative è dunque quella di un quadro frammentato e con diverse incoerenze al proprio interno; con una forte prevalenza della componente sanitaria, in particolare nelle norme specificamente rivolte all'integrazione, nonostante sia da apprezzare l'aver posto nuovamente tale tema al centro dell'attenzione di dirigenti ed operatori.

4.2. Dal livello istituzionale all'assetto programmatico ed organizzativo

Appare utile, per seguire meglio il passaggio dal livello istituzionale a quello gestionale, esaminare in sintesi come la normativa regionale ha affrontato e delineato due temi particolarmente rilevanti: la pianificazione e gli assetti organizzativi.

¹²⁶ Si vedrà più avanti come non in tutti e tre i casi il territorio dei summenzionati distretti coincida per intero ed unicamente con una comunità montana.

4.2.1. I Piani sociali e sanitari

Nelle normative tese a delineare il quadro istituzionale, sinteticamente riprese nel paragrafo precedente, è emerso come più volte e sin dalla fine degli anni '70 sia stato trattato il tema della programmazione; anzi, ad una lettura complessiva degli atti viene in evidenza come ripetutamente si parli del “primo piano” – in particolare in ambito sanitario – e come via via il triennio di validità dello stesso si sposti avanti nel tempo. In realtà, in ambito sanitario, c'era stata nel 1980 l'elaborazione e la relativa approvazione, da parte della Giunta Regionale, di un progetto di piano socio-sanitario, che era poi stato assunto, attraverso apposita legge regionale¹²⁷ ed in attesa del Piano Sanitario Nazionale, come base per l'attività programmatoria delle U.S.L.; ma il primo atto di programmazione che nasce come tale, completo in tutto il suo iter, è invece il Piano socio-assistenziale 1999-2001, approvato nel dicembre 1999 dal Consiglio Regionale.

Il piano socio-assistenziale nasce, sull'onda dell'emanazione della L. R. 38/96, circa un anno prima della L. 328, e dunque nel pieno del dibattito intorno a quella che veniva definita “riforma del welfare state”; gli echi di tali discussioni si sentono forti lungo tutto il Piano, così come si avverte una sorta di urgenza per quella che il Piano stesso definisce come “l'utopia che ostinatamente si persegue senza successo da anni”: l'integrazione socio-sanitaria. Sin dalla sintesi iniziale, infatti, nell'analizzare il contesto istituzionale in cui si muove, rileva storture e difetti di un sistema normativo che finisce per favorire la separatezza tra i due ambiti sanitario e sociale; e dunque ritiene “necessario lavorare per far crescere tra gli operatori e gli amministratori delle A.S.L. e degli enti locali la consapevolezza dell'importanza dell'integrazione”. In tale logica il piano indica la necessità della gestione in forma associata dei servizi socio-assistenziali, attraverso gli strumenti previsti dalle normative sugli enti locali – in particolare l'accordo di programma; ed identifica i distretti A.S.L. come la “dimensione territoriale ottimale per la gestione degli interventi sanitari e sociali”. Una delle priorità indicate dal Piano è dunque quella dell'individuazione dei distretti socio-assistenziali degli enti locali “quali

¹²⁷ Si tratta della L.R. 16/6/1980, n. 62 – “Indicazioni per la programmazione socio - sanitaria regionale e spese di sviluppo per l'anno 1980 da sostenere sulla quota spettante alla Regione Lazio del Fondo sanitario nazionale”.

organizzazioni funzionali ottimali per la gestione dei servizi”; viene inoltre rilevata l’importanza di raggiungere un’intesa tra i due assessorati regionali per la definizione degli ambiti territoriali in cui svolgere la sperimentazione gestionale dei servizi socio-sanitari. Il piano indica, quali strumenti per la propria attuazione, i Piani di Zona (saltando il passaggio, previsto dalla L. 38, dei Piani provinciali e metropolitano): strumenti per assicurare l’integrazione tra servizi sociali, socio-sanitari e sanitari di base; per promuovere il raccordo tra le diverse risorse del territorio, pubbliche e private; per adeguare il profilo degli interventi integrati alle specifiche condizioni di bisogno della popolazione. Prevede (in questo molto più “prudente” della L. 38) un’introduzione sperimentale e progressiva dei piani di zona. Infine, nelle indicazioni operative, suggerisce l’avvio di sperimentazioni che abbiano come obiettivo prioritario l’integrazione dei servizi sociali con quelli sanitari.

Il grande sforzo, culturale e politico, di questo piano resta a tutt’oggi isolato: se si eccettua infatti uno schema di piano socio-assistenziale per il triennio 2002-2004, che però si fermerà allo stato di bozza approvata dalla Giunta senza pervenire all’approvazione definitiva del Consiglio, il primo piano del 1999 rimane, ad oggi, anche l’unico.

In ambito sanitario, il primo Piano viene approvato nel luglio 2002, e si riferisce al triennio 2002-2004. Siamo ormai decisamente all’interno di uno scenario aziendale e di regionalizzazione dei servizi sanitari in seguito alla riforma del titolo V della Costituzione. Ciò nonostante, il piano ribadisce che “la tutela e la promozione della salute rappresenta una funzione a carico della Sanità pubblica e non è delegabile”. Facendo propria la “considerazione che i determinanti della salute si estendono ben oltre le possibilità d’intervento dei Servizi sanitari”, evidenzia la necessità di un forte richiamo all’intersectorialità, e dunque al raccordo delle politiche per la salute con le politiche ambientali; sollecita l’integrazione con le politiche sociali, con particolare attenzione ai soggetti “fragili”, e l’organizzazione dei sistemi sanitari secondo reti integrate. Il distretto è assunto quale livello ottimale per realizzare una risposta globale ai bisogni di salute dei cittadini, in quanto struttura operativa che meglio consente di governare i processi integrati tra istituzioni, gestendo unitariamente diverse fonti di risorse (del S.S.R., degli enti locali, della solidarietà sociale). Il piano evidenzia l’importanza della nuova funzione

di programmazione locale e di indirizzo – dei distretti da un lato attraverso i Piani per le Attività Territoriali, e dei comuni attraverso i Piani di Zona; auspica “che i processi di programmazione dei diversi documenti programmatori vedano il massimo impegno dalle due parti per la realizzazione della massima integrazione socio-sanitaria perseguibile”: in particolare prevede che entrambi gli atti programmatori vadano predisposti/definiti “d’intesa con” l’altro ente.

Il Piano Sanitario successivo si fa attendere nuovamente per diversi anni, giungendo a conclusione dell’iter di approvazione, dopo una serie di rinvii, solo nel dicembre 2009 – e dunque in clima da Piano di Rientro. Tra gli strumenti di governo pertanto il Piano Sanitario 2010-2012 pone diverse misure tese all’evoluzione del sistema ed al recupero di efficienza (tra gli altri: autorizzazione/accreditamento; politica per i sistemi di remunerazione; governo dell’acquisizione di beni e servizi; riequilibrio ospedale-territorio e continuità assistenziale), cui si accompagnano l’attenzione alle strutture ed ai servizi in cui si annidano microaree di bassa qualità, ed interventi per far fronte al disavanzo. Pur se in questa ottica tutta tesa al rientro economico, il piano ripropone la centralità del distretto quale luogo principe dell’integrazione socio-sanitaria, e riprende gli strumenti predisposti dagli atti normativi degli ultimi anni: dal P.U.A alle Unità Valutative Multidimensionali, dal Piano di Assistenza Individuale al casemanager. Anche qui vengono individuate le aree della cronicità e della non autosufficienza, entrambe in progressiva crescita, quali ambiti in cui realizzare in via prioritaria l’integrazione tra interventi sanitari e sociali. Complessivamente dunque il P.S.R. 2010-2012 conferma le indicazioni delle normative degli ultimi anni, orientando a quanto in esse previsto la programmazione regionale e locale.

4.2.2. L’organizzazione delle U.S.L./A.S.L. tra delibere regionali e linee guida per gli atti aziendali

Già nell’excursus del paragrafo precedente è emerso come sin dall’inizio diversi atti si siano occupati di definire le linee organizzative dei servizi sanitari, mentre la situazione dei servizi sociali è rimasta molto più magmatica – a parte il tentativo effettuato dalla L. R. 38/96; per tale motivo si ripercorreranno adesso solamente le principali linee organizzative definite per le U.S.L., ora A.S.L.,

evidenziandone i dati ritenuti salienti ai fini dell'analisi dell'integrazione socio-sanitaria.

In particolare si metteranno meglio in luce le caratteristiche dei distretti, da un lato, e dei dipartimenti, dall'altro, per poi analizzarne sinteticamente intrecci e criticità.

I Distretti

Sin dalle prime normative degli anni '70 viene evidenziata la necessità di suddividere il territorio delle Unità Locali in distretti, di dimensioni più ridotte rispetto a quelle delle U.S.L., e quindi meglio in grado di garantire ai cittadini l'accesso ai servizi sanitari. Vengono indicati come criteri di definizione dell'ampiezza territoriale del distretto da un lato la necessità di garantire il maggior grado di partecipazione, dall'altro il maggior livello di efficacia (e, a partire dalla L. R. 5/87, anche di efficienza) del servizio. La graduale riduzione, per effetto delle normative nazionali *in primis*, del numero delle A.S.L., ha fatto sì che le dimensioni delle stesse – e di conseguenza dei distretti – aumentassero vistosamente: tanto che, come si vedrà tra poco, nell'area romana in più di un distretto la popolazione supera i 200.000 abitanti, e comunque nella quasi totalità si colloca sopra i 100.000. In tal senso, si può osservare come le esigenze di efficienza abbiano, nel tempo, prevalso su quelle della partecipazione.

Un'altra caratteristica che il distretto ha via via assunto, in particolare nella dimensione aziendalistica, è quella di divenire – da organismo tecnico-funzionale per l'erogazione di servizi – una vera e propria

struttura operativa dell'azienda, dotata di autonomia economico-finanziaria e gestionale, con l'attribuzione di specifico budget e con contabilità separata all'interno del bilancio dell'azienda, assumendo da una parte il ruolo di tutela della salute nel proprio territorio e, dall'altra il ruolo di diretto erogatore di servizi e prestazioni direttamente assegnate e acquisite da parte dei dipartimenti territoriali, ospedalieri e misti ospedale-territorio.¹²⁸

¹²⁸ D.G.R. 6/3/2007, n. 139 – *Atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio* – punto 14.1.

A capo del distretto è preposto un Direttore, responsabile della gestione del budget e del funzionamento dei servizi sul territorio.

Questa doppia natura del distretto, ambito territoriale da un lato e centro di responsabilità dall'altro, entra necessariamente in contatto con la realtà dei dipartimenti.

I Dipartimenti

Il concetto dell'organizzazione a carattere dipartimentale era già presente nell'art. 34 della L. 833/78 come criterio generale per i servizi di salute mentale; e con gli stessi intenti, ma esteso all'area della tutela di maternità ed infanzia ed agli ospedali, nella L. R. 93/79. Esso prende però corpo in maniera diffusa dopo l'aziendalizzazione, e quindi a partire dalle leggi regionali 18 e 19 del 1994, e dalla conseguente delibera della Giunta 3140/95, che dà direttive specifiche in tema di organizzazione. Secondo quanto previsto nella delibera, i dipartimenti – luogo della “specializzazione” – si collocano al livello centrale dell'azienda e vengono intesi come “aggregati di funzioni di area omogenea, con compiti di programmazione, di coordinamento, di indirizzo e di verifica rispetto al livello operativo”. Vengono definiti come organismi per lo più di coordinamento trasversale, finalizzati allo svolgimento integrato di funzioni complesse; la presenza di un eventuale budget gestito dalla direzione dipartimentale è relativo esclusivamente allo svolgimento delle specifiche attività di coordinamento. Quando però si passa, nella stessa delibera, all'analisi delle possibili tipologie di dipartimenti, le cose si complicano un po'. Vengono infatti previste alcune tipologie di dipartimenti:

- ✓ *per funzione* – per il coordinamento di una pluralità di soggetti in una stessa funzione di cui ciascuno è titolare;
- ✓ *d'organo* – collocati prevalentemente o esclusivamente in ambito ospedaliero, in cui vengono aggregate funzioni omologhe ed omogenee;
- ✓ *a progetto* – preordinati alla realizzazione di un progetto-obiettivo;
- ✓ *a struttura* – caratterizzati “dalla necessità di realizzare una incisiva ed unitaria conduzione degli interventi”, e quindi con un “frequente esercizio di autorità sanitaria e/o di poteri diretti di organizzazione delle funzioni e risorse”. Esempi caratteristici di tale tipologia di dipartimento, citati dalla

delibera stessa, sono la Prevenzione e la Salute Mentale. Tali dipartimenti, su espressa previsione, possono in parte derogare alla configurazione generale; anzi, quanto più un dipartimento assumerà una configurazione strutturale, tanto più consistenti potranno essere le competenze centralizzate, “che potranno comprendere anche attività di tipo gestionale ed operativo”.

L'assetto delineato dalla D. G. R. 3140/95 viene sostanzialmente confermato dalla D. G. R. 2034/2001, istitutivo delle linee guida per gli Atti Aziendali, che nel ribadire l'attenzione ad evitare la proliferazione di dipartimenti delinea come “necessità istituzionale l'individuazione presso ciascuna A.S.L. dei dipartimenti di prevenzione, salute mentale ed emergenza”.

Tale configurazione – ed in particolare la distinzione tra le varie tipologie di dipartimento – viene in qualche modo sfumata dalla D.G.R. 139/07, che costituisce l'ultimo atto di indirizzo per l'adozione degli Atti Aziendali. Essa introduce per la prima volta il concetto di “strutture operative aziendali”, che si caratterizzano, in quanto sistemi organizzativi complessi, per la presenza obbligatoria di un solo responsabile, per la rilevanza quantitativa e strategica delle attività svolte e per l'attribuzione di un budget con obiettivi e risorse, finanziarie ed umane. In questo nuovo assetto sia i distretti che i dipartimenti (oltre agli ospedali) costituiscono delle strutture operative: sembrerebbe dunque che i dipartimenti, in questa nuova logica, vengano a configurarsi con un carattere prevalentemente strutturale.

Il “modello a matrice”, potenzialità e criticità

Il modello organizzativo che emerge, seppure per sommi tratti e con le possibili divergenze date dall'autonomia aziendale, è stato da alcuni definito “a matrice”; si potrebbe cioè immaginare graficamente come una matrice in cui si intersecano le strutture territoriali (i distretti), posti in verticale, e le strutture trasversali (i dipartimenti), posti in orizzontale. Certamente la configurazione dipartimentale ha il pregio di riunire in aree omogenee più servizi, creando una specializzazione ed una continuità nell'assistenza che probabilmente la struttura distrettuale, nella sua varietà di servizi, non potrebbe garantire; e d'altro canto la “contaminazione”, attraverso il coordinamento distrettuale, tra servizi di dipartimenti diversi potrebbe essere feconda di crescite professionali ed organizzative. Per come

si è andato sviluppando, tale modello presenta però anche delle criticità non di poco conto: i distretti da un lato ed i dipartimenti cosiddetti “forti” dall’altro (*in primis*, per quanto concerne l’area dell’integrazione socio-sanitaria, si è visto il D. S. M., ma in molti casi anche l’area materno-infantile) finiscono per costituire centri di responsabilità, e dunque di potere, che non sempre riescono ad integrarsi tra loro. Ciò può costituire un elemento di problematicità anche nella prospettiva dell’integrazione socio-sanitaria, perché se da un lato il distretto è identificato come l’ambito territoriale privilegiato in cui essa può realizzarsi, dall’altro la presenza di dipartimenti forti depotenzia le reali capacità interlocutorie dello stesso.

4.3. Il quadro territoriale e demografico

Il territorio della regione Lazio presenta una realtà piuttosto particolare dal punto di vista istituzionale e territoriale-demografico, con il comune di Roma – oggi, Roma Capitale – che esercita un grosso “peso”, a fronte di un’alta dispersione nel resto della regione.

Dal punto di vista demografico si può infatti osservare come – nonostante nella regione siano presenti 378 comuni – i 5.681.868 abitanti¹²⁹ siano, per quasi la metà (2.743.796), residenti nel comune di Roma; dei rimanenti, 1.410.888 sono residenti nei 120 comuni della provincia di Roma, ed i restanti 1.527.184 nei 257 comuni che globalmente compongono le province di Frosinone, Latina, Rieti e Viterbo. I comuni extra-romani hanno composizioni demografiche molto diversificate – seppur tutte numericamente molto inferiori a quella della capitale – andando dagli oltre 118.000 abitanti di Latina ai 110 di Marcellinara, piccolo comune montano in provincia di Rieti.

Tali elementi rivestono una certa importanza per un tema come quello dell’integrazione socio-sanitaria, che in questa regione deve prendere corpo in un

¹²⁹ Questo ed i successivi dati generali relativi alla popolazione residente nelle A.S.L. e nei singoli distretti provengono dal sito dell’Istat, e sono aggiornati al 1/1/2010; I dati di popolazione relativi ai singoli Municipi del comune di Roma provengono dal sito dell’Ufficio Statistica del Comune stesso, e sono aggiornati al 31/12/2009; Le densità abitative sono calcolate a partire da tali dati. Le altre notizie e dati riportati sono estratti dagli Atti Aziendali delle singole A.S.L. e/o dai Piani Regolatori Sociali o Piani di Zona; le annualità di riferimento sono indicate volta per volta, purché specificate nei documenti utilizzati.

assetto normativo che negli ultimi decenni ha istituzionalizzato una separatezza tra l'ambito sanitario proprio delle A.S.L. e quello sociale degli enti locali. La necessità di rapporti e collaborazioni tra queste due tipologie di enti può infatti trovare degli ostacoli nel crescente numero di comuni che compongono l'ambito territoriale di un distretto sanitario, così come accade man mano che ci si allontana dalla capitale.

Un ulteriore elemento di complessità è costituito, nel Lazio, dalla forte presenza delle comunità montane, enti locali sovracomunali istituiti dalla L. 1102/71 – e confermati dalle successive normative sull'ordinamento degli enti locali – con l'obiettivo di supportare i piccoli comuni montani, favorendo l'esercizio di alcune funzioni a livello associato; in alcune realtà, le comunità montane svolgono anche funzioni relative all'area sociale. Nel Lazio esistono a tutt'oggi (nonostante diverse disposizioni normative nazionali e regionali ne abbiano previsto la riduzione – o addirittura, a livello nazionale, la possibile soppressione) ben 22 comunità montane, particolarmente presenti nelle province di Rieti e Frosinone, pur con una certa presenza anche nelle altre tre province. Gli ambiti territoriali di questi enti solo in due casi coincidono con quelli di altrettanti distretti sanitari, mentre nel resto della regione la realtà è molto variegata: si va da comunità che comprendono comuni di più distretti, ad ambiti distrettuali che vedono la presenza (magari condivisa con altri distretti) anche di quattro diverse comunità montane.

Per meglio descrivere la realtà laziale si ritiene utile entrare maggiormente nel dettaglio degli ambiti territoriali delle A.S.L.¹³⁰ con relativi distretti, suddivisi per macroaree.

4.3.1. L'area del comune di Roma

L'area del comune di Roma (che comprende anche il comune di Fiumicino, nel '92 divenuto indipendente) si suddivide in 5 A.S.L., ciascuna della quali a sua volta ripartita in 4 distretti.

¹³⁰ La situazione che verrà presentata è aggiornata alla fine del 2010, ma potrebbe subire successivamente delle modifiche: da un lato, infatti, è stata ripetutamente annunciata – da parte degli organi istituzionali della regione – l'intenzione di ridurre il numero delle A.S.L., modificandone quindi gli ambiti territoriali; dall'altra, il cosiddetto decreto su Roma Capitale (D. Lgs. n. 156 del 17/9/2010) ha previsto, pur rinviandone l'attuazione ad un successivo decreto applicativo, la necessità di ridurre i Municipi di decentramento comunale – che attualmente sono 19 – ad un massimo di 15.

La A.S.L. Roma A

Abbraccia il territorio dei primi 4 municipi del comune di Roma, ciascuno dei quali coincidente con un distretto. Si presenta come una A.S.L. a forte valenza “territoriale”, ovvero non comprendente al proprio interno alcuna struttura ospedaliera, se si esclude un unico ospedale monospecialistico.

Nella Tab. D1 è riportata la popolazione residente in ciascun distretto/municipio:

Tabella D1 – Popolazione residente nella A.S.L. Roma A per singolo distretto

Distretto/Municipio 1	129.861
Distretto/Municipio 2	122.971
Distretto/Municipio 3	53.059
Distretto/Municipio 4	202.281
TOTALE A.S.L.	508.172

Come emerge dalla tabella, i quattro distretti/municipi si presentano disomogenei dal punto di vista della popolazione; si possono inoltre evidenziare alcune specifiche caratterizzazioni.

Il distretto 1 coincide con l'area del centro storico della città, ricco di monumenti ed a forte vocazione turistica; una particolarità che lo contraddistingue dal punto di vista sociale – che condivide con il distretto 17 della A.S.L. Roma E – è la forte presenza di persone con residenza fittizia, seguite dalla Caritas o altre associazioni, religiose o laiche: si tratta di persone senza fissa dimora, con un tasso di disagio sociale certamente maggiore rispetto alla popolazione generale.

Il distretto 2 comprende quartieri considerati benestanti (Parioli, Salaria, Trieste), ricchi di ville e giardini, ma in cui negli ultimi anni si inizia a presentare una certa quota di disagio sociale; vede la maggior presenza di donne straniere (in particolare, filippine) della capitale.

Il distretto 3 è il meno popoloso, ma anche tra i meno estesi territorialmente di tutta Roma, e comprende insieme quartieri residenziali con alta percentuale di popolazione anziana ed un quartiere, S. Lorenzo, nelle vicinanze dell'Università “La Sapienza”, in cui trovano domicilio molti studenti fuori sede.

Questi primi tre distretti presentano – anche a causa della ridotta estensione territoriale – un'alta densità abitativa (intorno ai 90 abitanti/ha). Il distretto 4 invece

comprende un ampio territorio che si estende sino alla periferia, e dunque pur avendo un alto tasso di popolazione (destinato probabilmente a crescere, vista la collocazione periferica) presenta una densità abitativa di circa 20 abitanti/ha. Anche qui, accanto a quartieri residenziali si sono sviluppate nel tempo borgate spontanee, carenti di infrastrutture e servizi; ha visto, nel periodo 1991-2004, il più alto incremento dell'indice di vecchiaia¹³¹.

La A.S.L. Roma B

Comprende i municipi 5, 7, 8 e 10 del comune di Roma, dei quali è riportata in tab. D2 la popolazione residente. Rappresenta, nell'attuale configurazione delle A.S.L., quella maggiormente popolosa di tutta la regione.

Tabella D2 – Popolazione residente nella A.S.L. Roma B per singolo distretto

Distretto 1 /Municipio 5	179.240
Distretto 2 /Municipio 7	122.448
Distretto 3 /Municipio 8	236.581
Distretto 4 /Municipio 10	183.983
TOTALE A.S.L.	722.252

Il distretto 1 comprende quartieri popolari e “storici”, come Pietralata, Tiburtino, S. Basilio, e si estende oltre il Raccordo Anulare sino ai confini con i comuni limitrofi. Ha la particolarità di ospitare nel proprio territorio il complesso carcerario di Rebibbia, in cui sono presenti stabilmente circa 2.200 detenuti (ma con una rotazione annua di circa 5.000 persone), che a prescindere dalla residenza anagrafica sono considerati di fatto cittadini del V Municipio; nella sezione femminile del complesso sono presenti anche diversi bambini in età 0-3 anni, che frequentano regolarmente i nidi limitrofi.

Il distretto 2 è nella A.S.L. quello con inferiore estensione territoriale, nonché l'unico a non protendere i propri confini verso i comuni limitrofi; è però il più densamente popolato, con oltre 60 abitanti/ha. Comprende quartieri con insediamenti

¹³¹ Nell'esposizione delle caratteristiche della popolazione si utilizzerà talvolta l'indice di vecchiaia, identificato abitualmente nelle statistiche demografiche con il rapporto tra numero di anziani ultrasessantacinquenni e numero di infraquattordicenni; altrove verrà indicata semplicemente la percentuale del numero di anziani sul totale della popolazione.

urbanistici e popolazione ormai stabilizzata, come Centocelle, Alessandrino, Tor Sapienza.

Il distretto 3 è il più densamente popolato dell'intero Comune, anche se, a causa della notevole estensione, presenta una densità abitativa più bassa della media cittadina; accanto ad aree ad intensa urbanizzazione, ormai pressoché sature, ve ne sono altre che presentano un certo sviluppo abitativo. La forte presenza di complessi di edilizia residenziale pubblica, con la conseguente alta quota di popolazione a reddito medio-basso, nonché l'alta incidenza di popolazione immigrata ne fanno una delle realtà più complesse, da un punto di vista sociale, dell'intera città.

Il distretto 4 comprende zone "storiche", intensamente popolate e con popolazione anziana ed a reddito medio-alto, e zone più periferiche con popolazione più giovane e possibilità di ulteriore sviluppo abitativo. Nel suo territorio si trova l'aeroporto di Ciampino, il secondo della città.

La A.S.L. Roma C

Comprende i municipi 6, 9, 11 e 12 del comune di Roma, dei quali è riportata in tab. D3 la popolazione residente:

Tabella D3 – Popolazione residente nella A.S.L. Roma C per singolo distretto

Distretto/Municipio 6	123.529
Distretto/Municipio 9	126.713
Distretto/Municipio 11	135.717
Distretto/Municipio 12	174.586
TOTALE A.S.L.	560.545

Il distretto 6 ed il distretto 9 presentano caratteristiche simili: entrambi hanno assistito negli ultimi decenni ad un forte declino demografico; ciò nonostante, date le ridotte dimensioni territoriali, mantengono un'alta densità abitativa (oltre i 150 abitanti/ha). È inoltre da rilevare in entrambi una forte presenza di popolazione anziana, con un elevato indice di vecchiaia, (circa 200 ultrasessantacinquenni ogni 100 minori di 14 anni). Tra gli stranieri è fortemente rappresentata la comunità asiatica, nel distretto 6 proveniente in particolare dal Bangladesh.

Il distretto 11 si estende dai confini del Centro storico sino alla periferia, e vede due zone più antiche a forte addensamento di popolazione (Garbatella e

Tormarancia) accanto ad altre molto meno popolate; anche in questo distretto si rileva una forte incidenza di popolazione anziana.

Il distretto 12 presenta un andamento opposto a quello degli altri tre: a fronte infatti di una quota maggiore di popolazione residente, in costante crescita, data l'ampia estensione territoriale presenta una densità abitativa bassissima (non raggiunge i 10 abitanti/ha). Presenta forti squilibri tra le diverse zone, sia perché alterna aree densamente abitate ad ampie aree della campagna romana; sia perché vede, accanto a quartieri di livello socio-economico alto (EUR, Torrino), insediamenti di edilizia residenziale pubblica quali il Laurentino 38 e Spinaceto. Vi si rileva un indice di vecchiaia tra i più bassi di Roma (circa 109 ultrasessantacinquenni ogni 100 minori di 14 anni).

La A.S.L. Roma D

Comprende il comune di Fiumicino ed i Municipi 13, 15 e 16 di Roma, la cui popolazione residente è riportata in tab. D4.

Tabella D4 – Popolazione residente nella A.S.L. Roma D per singolo distretto

Distretto/Comune di Fiumicino	68.668
Distretto/Municipio 13	221.546
Distretto/Municipio 15	152.258
Distretto/Municipio 16	142.622
TOTALE A.S.L.	585.094

Il primo distretto di questa A.S.L. ha la particolarità di essere l'unico, in tutta la regione, a coincidere territorialmente con un comune, quello di Fiumicino appunto; comune che ha visto in anni recenti un forte boom demografico, assistendo ad un incremento della propria popolazione, solo tra il 2005 ed il 2010, di oltre il 20%. Il distretto ospita nel proprio territorio il principale aeroporto della capitale, una presenza forte che ne condiziona molti aspetti della vita economica e sociale.

Il distretto 13, secondo nella città per popolazione residente e terzo per estensione territoriale, si presenta suddiviso in due grandi macroaree: una più interna, immersa nell'agro romano; l'altra costituita dalla zona costiera di Ostia. La popolazione ha un andamento crescente, pur se recentemente rallentato dopo il boom degli anni '80; presenta una forte quota di minorenni – la più numerosa di Roma a

livello assoluto. Anche qui si alternano zone di livello socio economico alto (in particolare nelle aree interne) a zone ad alta complessità sociale (alcuni quartieri di Ostia).

Il distretto 15 presenta un insieme di quartieri a carattere popolare ed uno di edilizia residenziale pubblica (Corviale); nel territorio è inoltre presente un campo nomadi attrezzato, in cui la popolazione minorile costituisce tra il 70 e l'80% del totale.

Il distretto 16 comprende quartieri "storici" come il Gianicolo e Monteverde Vecchio, abitati già dal 1800, e zone più recenti, fino a quelle più periferiche, comprendenti zone di edilizia residenziale pubblica ed ex borgate. È caratterizzata da un'alta percentuale di popolazione ultrasessantacinquenne, con un incremento della popolazione ultranovantenne, ed un indice di vecchiaia in costante crescita, che nel 2006 si attestava intorno a 200.

La A.S.L. Roma E

Comprende i municipi 17, 18, 19 e 20, la cui popolazione residente è riportata in tab. D5.

Tabella D5 – Popolazione residente nella A.S.L. Roma E per singolo distretto

Distretto/Municipio 17	70.068
Distretto/Municipio 18	137.437
Distretto/Municipio 19	182.641
Distretto/Municipio 20	155.240
TOTALE A.S.L.	545.386

Il distretto 17 si colloca in una zona centrale del comune, nei pressi della città del Vaticano; è tra i meno estesi territorialmente nell'intero comune, e dunque pur avendo una quota inferiore di popolazione residente rispetto agli altri distretti presenta un'alta densità abitativa (circa 124 abitanti/ha); presenta inoltre il più alto indice di vecchiaia (nel 2006, 255 anziani per 100 giovani).

Il distretto 18 vede la popolazione mantenersi sostanzialmente stabile negli ultimi 20 anni, con un indice di vecchiaia più alto di quello complessivo cittadino, che si riscontra anche nella popolazione straniera. L'ambito territoriale si presenta molto eterogeneo, con zone urbanistiche più esterne, in cui sono presenti borgate, ed

in cui il livello d'istruzione e l'indicatore socio-economico sono sensibilmente inferiori al resto del distretto e della città; ed altre in cui si rintraccia un tasso d'istruzione ed un livello socio-economico particolarmente elevato.

Il distretto 19 ha un'ampia estensione territoriale, per cui pur essendo, nella A.S.L., il più popoloso, ha una densità abitativa di circa 14 abitanti/ha; presenta, accanto a zone più popolate e ricche di servizi, aree scarsamente abitate ed aree più popolate ma scarsamente servite di spazi di incontro e socializzazione. Una particolarità del distretto è quella di essere stata sede, sino agli anni '80, del complesso manicomiale di S. Maria della Pietà, poi convertito in sede di servizi, sanitari e sociali; la necessità di lavorare per la deistituzionalizzazione ha fatto sì che il dipartimento di salute mentale abbia avuto, in questo territorio, particolare rilevanza, in termini di strutture ed operatori dedicati.

Il distretto 20 si presenta come il più esteso dal punto di vista territoriale, e per conseguenza meno densamente popolato (poco più di 8 abitanti/ha) – anche se, essendo un distretto periferico, la quota dei residenti è in costante crescita; la distribuzione della popolazione è, anche qui, non uniforme, alternando zone urbanizzate a campagne, a quartieri isolati tra loro e dal resto del municipio. Anche da un punto di vista sociale si trovano, accanto a zone residenziali per ceti medio-alti, quartieri caratterizzati da condizioni di vita disagiate.

4.3.2. L'area della provincia di Roma

La provincia di Roma è suddivisa in 3 A.S.L.: la Roma F, che si estende nell'area a nord della capitale; la Roma G, che si estende nell'area est; la Roma H, nell'area sud.

La A.S.L. Roma F

Comprende il territorio di 28 comuni, suddivisi in 4 distretti; nella tab. D6 sono riportati il numero dei comuni e la popolazione di ciascun distretto

Tabella D6 – Comuni e popolazione residente nella A.S.L. Roma F per singolo distretto

Distretto 1	4	79.835
Distretto 2	2	75.971
Distretto 3	5	53.787
Distretto 4	17	103.975
TOTALE A.S.L.	28	313.568

Il Distretto 1 si estende in parte lungo la fascia costiera, in parte nell'interno, e vede un forte polo di attrazione nel comune di Civitavecchia, con i suoi 52.000 abitanti; rappresenta, tra tutti i distretti, quello con il più alto indice di vecchiaia (nel 2007 oltrepassava i 150 anziani ogni 100 infraquattordicenni).

Il Distretto 2 comprende due soli comuni, Cerveteri e Ladispoli, con una suddivisione sostanzialmente equilibrata della popolazione tra gli stessi (benché il primo abbia un'estensione territoriale molto maggiore del secondo), che ha visto globalmente un incremento, tra il 2005 ed il 2010, del 14%. Si presenta come il distretto territorialmente più esiguo, ma con la maggiore densità abitativa e la maggior percentuale di minori; specularmente, l'indice di invecchiamento della popolazione risulta essere il più basso tra tutti i distretti.

Il Distretto 3 si articola dai dintorni del lago di Bracciano verso nord-est, e vede i due poli principali nei comuni di Anguillara e Bracciano, entrambi con popolazione sui 18.000 abitanti, che hanno visto un significativo aumento nel quinquennio 2005/2010; è il secondo distretto per indice di vecchiaia (nel 2005, quasi 110).

Il Distretto 4 è il maggiormente disperso, dal punto di vista territoriale e demografico: dei 17 comuni che lo compongono, solo tre superano i 10.000 abitanti; oltre ad essere il più popoloso, è quello che ha visto tra il 2005 ed il 2010 il maggiore incremento di abitanti (superiore al 20%). Dopo il distretto 2, mostra un maggiore indice di natalità.

La A.S.L. Roma G

Comprende il territorio di 70 comuni, suddivisi in 6 distretti; nella tab. D7 sono riportati il numero dei comuni e la popolazione di ciascun distretto.

Tabella D7 – Comuni e popolazione residente nella A.S.L. Roma G per singolo distretto

Distretto 1	3	88.275
Distretto 2	9	120.161
Distretto 3	17	83.907
Distretto 4	22	35.116
Distretto 5	10	80.141
Distretto 6	9	75.924
TOTALE A.S.L.	70	483.524

Il Distretto 1 si mostra come il più “compatto”, poiché composto da soli tre comuni; sino al 2002 – prima che Fontenuova si separasse da Mentana diventando autonomo – comprendeva unicamente quest’ultimo e Monterotondo. L’area territoriale del distretto lambisce il territorio del comune di Roma, e ciò probabilmente costituisce il principale motivo per cui, pur essendo il meno esteso territorialmente, è il secondo distretto più popoloso.

Il Distretto 2 rappresenta quello maggiormente popolato, grazie principalmente al comune di Guidonia, che da solo conta oltre 82.000 abitanti, mentre degli altri otto comuni uno solo supera i 10.000; sette comuni compongono la comunità montana dei Monti Sabini e Tiburtini, unitamente ad alcuni comuni dei distretti 3 e 5. La composizione della popolazione si differenzia, per cui ad esempio nel comune di Guidonia gli anziani erano nel 2008 il 14% circa, mentre nel comune di Nerola (uno tra i più piccoli, al di sotto dei 2.000 abitanti) superavano il 25%.

Il Distretto 3 presenta una situazione demografica simile al precedente ma più estremizzata, con il comune di Tivoli che supera i 56.000 abitanti e tutti gli altri al di sotto dei 10.000 (e ben sette al di sotto dei 1.000); inoltre, una parte importante della popolazione – se si escludono i due comuni maggiori – è diffusa tra piccoli nuclei abitati e case sparse, piuttosto che in centri abitati, e questo evidentemente aumenta la complessità. Anche qui, la struttura per età mostra una percentuale superiore di ultrasessantacinquenni (intorno, ed anche oltre il 30%, nel 2007) nella maggior parte dei comuni più piccoli, ed una popolazione più giovane, con percentuali di anziani intorno al 20%, nei comuni di maggiori dimensioni.

Il Distretto 4 è quello che presenta la più forte dispersione, con una popolazione numericamente molto inferiore agli altri e suddivisa in ben ventidue

comuni, tutti al di sotto dei 10.000 abitanti, dodici dei quali al di sotto dei 1.000. Popolazione che tra l'altro, nel quinquennio 2005-2010, è rimasta sostanzialmente stabile, con un aumento percentuale inferiore al 3%. All'interno del distretto – che costituisce uno dei tre distretti socio-sanitari montani istituiti dalla L. R. 9/09 – venti dei comuni fanno parte di una comunità montana, che comprende altri otto comuni del distretto 3.

Il Distretto 5 si presenta piuttosto variegato, essendo composto da dieci comuni, quattro dei quali hanno una popolazione compresa tra 10.000 e 21.000 abitanti, tre al di sotto dei 1.000 e gli altri nella fascia intermedia. Sono suddivisi in due comunità montane: una che, come già visto, comprende anche diversi comuni dei distretti 2 e 3; l'altra che comprende anche tutti i comuni del distretto 1 della A.S.L. Roma H. Questo distretto ha visto, nel quinquennio 2005-2010, il maggior incremento di popolazione, pari ad un aumento del 15%. Anche qui si può osservare, nei dati relativi al 2007, un aumento della percentuale di anziani man mano che si passa dai comuni più popolosi (in cui si attesta tra il 14 ed il 17%) a quelli più piccoli (dove si attesta tra il 20 ed il 30%).

Il Distretto 6, il più distante dall'area metropolitana, si presenta per certi versi simile al precedente, anche se con minore varietà: tre comuni hanno una popolazione tra i 10.000 ed i 22.000 abitanti, e solo uno al di sotto dei 1.000; cinque dei comuni che lo compongono formano una comunità montana. I restanti comuni, situati in zone pianeggianti, hanno una maggior incidenza di popolazione in età 0-14 rispetto ai comuni montani, ed hanno presentato, dal 1991 a tutt'oggi, un maggior tasso di incremento demografico; un caso particolare è costituito dal comune di Labico, che anche a causa di un movimento migratorio proveniente dalla zona sud di Roma, ha visto, tra il 1991 ed il 2007, un aumento di popolazione del 54%.

La A.S.L. Roma H

Comprende il territorio di 21 comuni, suddivisi in 6 distretti; nella tab. D8 sono riportati il numero dei comuni e la popolazione di ciascun distretto.

Tabella. D8 – Comuni e popolazione residente nella A.S.L. Roma H per singolo distretto

Distretto 1	7	92.804
Distretto 2	6	106.208
Distretto 3	2	77.450
Distretto 4	2	102.120
Distretto 5	2	65.775
Distretto 6	2	100.771
TOTALE A.S.L.	21	545.128

Il Distretto 1 si estende nella zona dei Castelli Romani, ed è l'unico a far parte di una comunità montana; si presenta abbastanza omogeneo, con cinque dei comuni tra i 10.000 ed i 20.000 abitanti, e gli altri due al di sotto dei 10.000, ma comunque non piccolissimi; anche dal punto di vista socio-culturale ed economico presenta un buon grado di omogeneità. Tra il 2000 ed il 2007 la percentuale degli ultrasessantacinquenni è aumentata globalmente dal 14 al 16%, e quella dei minori di 18 anni è, seppur di poco, calata. È aumentata anche la percentuale di stranieri, in particolare di provenienza rumena.

Il Distretto 2 – che si estende anch'esso, per buona parte, nella zona dei Castelli Romani – è il più densamente popolato dell'intera A.S.L., grazie in particolare ai comuni di Albano (quasi 40.000 abitanti) e Genzano (24.000). Alcuni comuni presentano disomogeneità interne tra il nucleo centrale – per lo più coincidente con il centro storico – e zone/frazioni periferiche, meno fornite di collegamenti pubblici e di servizi socio-sanitari.

Nel Distretto 3 la popolazione è suddivisa equamente tra i due comuni che lo compongono: Marino – già sulle pendici dei Castelli Romani – e Ciampino, comune autonomo dal 1975 che lambisce il comune di Roma. Entrambi hanno un nucleo abitativo centrale e diverse frazioni, con configurazioni anche molto differenti tra loro dal punto di vista territoriale, storico e antropologico. Presentano una struttura di popolazione non particolarmente anziana, con una percentuale di ultrasessantacinquenni che nel 2005 era di poco superiore al 15%.

Il Distretto 4 si estende a sud del comune di Roma lungo la fascia costiera e comprende, anche qui, due comuni che sino al 1971 erano uniti; costituisce il distretto in cui si è registrato, nel quinquennio 2005-2010, il maggior incremento

demografico (con un aumento di oltre il 27% di popolazione). Il territorio del distretto si connota infatti, da sempre, come periferia della metropoli di Roma attirando nuclei familiari, anche multiproblematici, e pendolari che per lavoro o studio si spostano durante il giorno verso la capitale. Ciò probabilmente costituisce una delle principali cause della “giovinezza” della struttura della popolazione, che nel 2007 vedeva una percentuale di ultrasessantacinquenni di poco superiore al 12%.

Il Distretto 5 si presenta – rispetto agli altri composti da soli due comuni – come il più squilibrato, con la popolazione concentrata, per l'80%, nel comune di Velletri, territorialmente molto più esteso del comune di Lariano. Anche la struttura della popolazione mostra significative differenze, con ad esempio l'indice di vecchiaia intorno a 120 per Velletri ed intorno ad 80 per Lariano (dati 2007).

Il Distretto 6 è il più decentrato rispetto alla A.S.L., ed il più distante dalla realtà metropolitana di Roma, estendendosi a sud del distretto 4, lungo il litorale.; nonostante tale distanza, è il secondo distretto per crescita demografica nel quinquennio 2005-2010, con un incremento di oltre il 16%. Anche qui, il motivo principale consiste in una costante immigrazione da Roma: in parte di coloro che tendono a trasformare le “case al mare” in residenza abituale; in parte a causa dei residenti trasferiti dal comune di Roma in alloggi popolari acquistati nei territori di Anzio e Nettuno (fenomeno quest'ultimo meno consistente in termini quantitativi, ma certamente più rilevante sotto il profilo sociale). La popolazione risulta pertanto piuttosto “giovane”, con un indice di vecchiaia che nel 2007 si attestava su 112 ad Anzio e 116 a Nettuno.

4.3.3. L'area delle altre province

In quest'ultima sezione verranno esaminate le A.S.L. delle province di Frosinone, Latina, Rieti e Viterbo; si tratta in totale di n. 4 A.S.L., poiché ognuna coincide con il territorio di una provincia.

La A.S.L. di Frosinone

Si tratta della A.S.L. che comprende, in assoluto, più comuni, suddivisi in 4 distretti; nella tab. D9 sono riportati il numero dei comuni e la popolazione di ciascun distretto.

Tabella D9 – Comuni e popolazione residente nella A.S.L. di Frosinone per singolo distretto

Distretto A	15	91.940
Distretto B	23	185.774
Distretto C	27	104.553
Distretto D	26	115.582
TOTALE A.S.L.	91	497.849

Il Distretto A, pur presentandosi come il più compatto con soli quindici comuni, vede la maggior parte della propria popolazione concentrata nei due comuni di Alatri ed Anagni – che da soli raggiungono i 50.000 abitanti; il resto è disperso negli altri comuni, tutti al di sotto dei 10.000 abitanti. Tredici di essi fanno parte di una comunità montana (che vede la presenza anche di altri comuni del distretto B, e di uno del distretto C); uno dei restanti comuni fa parte di un'altra comunità montana, insieme a comuni del distretto B. Globalmente la struttura della popolazione si presenta relativamente giovane, con una percentuale di ultrasessantacinquenni che nel 2006 era intorno al 17%.

Il Distretto B è il più densamente popolato; anche qui, più della metà degli abitanti è assorbita da pochi comuni (Frosinone, con oltre 48.000 abitanti, ed altri tre comuni che si attestano attorno ai 20.000), ed il resto è disperso tra gli altri venti – nessuno dei quali, però, scende al di sotto dei 1.000 abitanti. L'indice di vecchiaia presenta forti differenziazioni tra i diversi comuni, oscillando, secondo i dati 2006, da circa 120 sino addirittura ad oltre 270 – senza che peraltro ciò sia connesso con l'ampiezza demografica.

Il Distretto C, suddiviso in ben 27 comuni, conferma la tipologia di addensamento della popolazione già vista nei precedenti, con un comune al di sopra dei 25.000 abitanti, due intorno ai 12.000 e tutti gli altri al di sotto dei 10.000. L'area è vasta e frammentata geograficamente, con difficoltà di comunicazione e di accesso; molti comuni sono ulteriormente dispersi in un alto numero di nuclei abitati (sino a 40). I comuni sono suddivisi in due comunità montane, delle quali fanno parte anche altri comuni del distretto D. La quota di popolazione è sostanzialmente stabile, e presenta globalmente un alto indice di vecchiaia: nel 2008, l'indice medio

distrettuale era intorno a 190, ed a parte alcune punte in basso (96) ed in alto (263) la maggioranza dei comuni si attestava intorno a 180-200.

Il Distretto D presenta, se possibile, ancora maggiore dispersione rispetto agli altri: dei 26 comuni che lo compongono – suddivisi in 4 diverse comunità montane – Cassino si attesta sui 33.000 abitanti, Pontecorvo sui 13.000 e tutti gli altri al di sotto degli 8.000 abitanti. La popolazione anziana costituiva nel 2008 circa il 19% della popolazione totale, ed è andata progressivamente crescendo, soprattutto nei comuni più piccoli che hanno visto lo spostamento della popolazione giovanile verso centri maggiori. L'indice di vecchiaia globale per l'intero distretto era nel 2008 pari a 146, presentando anche qui una notevole variabilità, tra un minimo di 89 sino addirittura a 431 nel comune più piccolo, composto di soli 289 abitanti.

La A.S.L. di Latina

Comprende il territorio di 33 comuni, suddivisi in 5 distretti; nella tab. D10 sono riportati il numero dei comuni e la popolazione di ciascun distretto.

Tabella D10 – Comuni e popolazione residente nella A.S.L. di Latina per singolo distretto

Distretto 1 – Aprilia-Cisterna	4	117.087
Distretto 2 – Latina	5	164.978
Distretto 3 – Monti Lepini	8	58.148
Distretto 4 – Terracina-Fondi	7	104.201
Distretto 5 – Formia-Gaeta	9	106.803
TOTALE A.S.L.	33	551.217

Il Distretto 1 presenta una situazione del tutto particolare, con quattro comuni di ampiezza notevolmente diversa tra loro, dai quasi 70.000 di Aprilia ai 35.000 di Cisterna, passando agli 11.000 di Cori sino ai circa 1.000 del comune più esiguo, Roccamassima. Ciò comporta evidentemente forti differenze tra i comuni, e si riflette anche sulla struttura della popolazione: se globalmente il distretto 1 si presenta come il più “giovane”, con un indice di vecchiaia che nel 2005 si attestava complessivamente su 92, la percentuale di ultrasessantacinquenni oscillava tra il 12,6% del comune maggiore al 23,5% di quello meno popoloso.

Il Distretto 2 presenta per certi versi uno sbilanciamento ancora più forte verso il comune di Latina, che con i suoi 118.000 abitanti è il secondo del Lazio per ampiezza demografica; i restanti comuni sono però, a due a due, maggiormente simili. La struttura della popolazione è abbastanza omogenea nei diversi comuni, con una percentuale di ultrasessantacinquenni che nel 2005 si attestava intorno al 14% degli abitanti, tranne che nel comune più piccolo, sui 4.000 abitanti, in cui arrivava al 19.

Il Distretto 3 si caratterizza per comprendere due comuni tra i 10.000 ed i 25.000 abitanti, e tutti gli altri al di sotto degli 8.000; tutti i comuni fanno parte dell'omonima comunità montana, che comprende anche i comuni meno popolati dei distretti 1 e 2. Insieme al distretto 5 costituisce quello maggiormente "anziano", con una percentuale globale di ultrasessantacinquenni, nel 2005, superiore al 17%, ed un indice di vecchiaia di 126. Anche qui si possono notare differenze tra i due comuni maggiori, che si attestavano sul 16% di anziani, e quelli meno popolosi, che raggiungevano e superavano il 20%.

Il Distretto 4 presenta una doppia polarizzazione, con due comuni vicini ai 40.000 abitanti e gli altri al di sotto dei 10.000; tranne S. Felice Circeo, fanno tutti parte di una stessa comunità montana. Dal punto di vista della struttura demografica costituisce uno dei due distretti più anziani, con un indice di vecchiaia globale di 121 (dati 2005); la maggior parte dei comuni si attesta su una percentuale di ultrasessantacinquenni intorno al 18%, con due punte estreme: la più bassa, intorno al 13, nel comune di Fondi (uno dei due più grandi), e la più alta, oltre il 26%, nel comune di minori dimensioni (al di sotto dei 1.000 abitanti).

Il Distretto 5 si sviluppa nella parte più meridionale della provincia (e della regione), confinando a sud con la Campania. Presenta tre comuni di maggiori dimensioni, tra i 19.000 ed i 37.000 abitanti, e gli altri al di sotto dei 10.000; sei di essi (compresi due dei tre maggiori) fanno parte di una comunità montana; comprende anche le isole di Ponza e Ventotene, ciascuna delle quali costituisce comune a sé. La realtà territoriale dunque, pur non essendo particolarmente estesa, si presenta molto variegata. Dal punto di vista della struttura della popolazione, la percentuale di ultrasessantacinquenni (anche qui, secondo i dati del 2005) è in tutti i comuni superiore al 15%; vi sono variazioni, non collegabili però in questo caso

all'ampiezza demografica; il comune più "anziano" risulta essere l'isola di Ventotene, con una percentuale che si avvicina al 22%.

La A.S.L. di Rieti

È la A.S.L. meno popolosa in assoluto, pur comprendendo il territorio di 73 comuni; nella tab. D11 sono riportati il numero dei comuni e la popolazione di ciascuno dei 5 distretti in cui è articolata.

Tabella D11 – Comuni e popolazione residente nella A.S.L. di Rieti per singolo distretto

Distretto 1 – Montepiano Reatino	25	77.193
Distretto 2 – Mirtense	20	33.951
Distretto 3 – Salario	12	27.896
Distretto 4 – Salto-Cicolano	7	10.421
Distretto 5 – Alto Velino	9	10.518
TOTALE A.S.L.	73	159.979

Il Distretto 1 è il più popoloso, poiché comprende Rieti, la città capoluogo, che da sola conta oltre 47.000 abitanti; se si esclude questa, e Cittaducale, che ne ospita circa 7.000, tutti gli altri comuni sono al di sotto dei 4.000 abitanti (e ben 16 di essi, addirittura sotto i 1.000); a parte il capoluogo, gli altri sono suddivisi in due comunità montane. Pur presentando globalmente, dai dati 2007, un indice di vecchiaia di 178, grazie al peso esercitato dal capoluogo (che si attesta su un indice di circa 160), vanno evidenziati indici nella quasi totalità superiori a 200, con sette comuni oltre 400, sino ad arrivare al 736 di Collegiove, piccolo comune sui 200 abitanti.

Il Distretto 2 comprende venti piccoli comuni: il maggiore, Poggio Mirteto, conta circa 6.000 abitanti, gli altri sono tutti al di sotto dei 5.000; dodici di essi fanno parte di una comunità montana. Dal punto di vista della struttura della popolazione, l'indice globale di vecchiaia (dati 2007) è di 178 come nel distretto 1; tuttavia si osserva in questo distretto un minore range di variabilità, oscillando tra un minimo di 136 ed il massimo, nei due comuni più "anziani", di circa 360.

Il Distretto 3 presenta una polarizzazione nel comune di Fara Sabina, vicino al confine con la provincia di Roma e ben collegato con la capitale, che conta circa

13.000 abitanti; gli altri comuni sono tutti al di sotto dei 4.000. Dal punto di vista della struttura della popolazione questo è il distretto più “giovane”, con un indice globale di vecchiaia di 158 (dati 2007); costituisce anche quello che ha presentato, nel quinquennio 2005-2010, il maggiore incremento demografico, superiore all'11%. In tal senso, pur considerando l'attrattività del comune di maggiori dimensioni, vale la pena di rilevare che oltre la metà dei comuni presenta un incremento superiore al 10%.

Il Distretto 4 comprende sette comuni tutti al di sotto dei 5.000 abitanti, ulteriormente dispersi in 96 frazioni; il territorio è per lo più montano, con dislivelli tra i 1700 ed i 550 metri slm, e coincide con l'omonima comunità montana, che è stata delegata alla gestione dei servizi sociali. Le vie di comunicazione tra i comuni sono disagiate, costituite da strade impervie che non permettono un collegamento veloce. A ciò si aggiunga che questo rappresenta il distretto più “anziano”, con un indice globale di vecchiaia (dati 2007) di 283, e con la popolazione in lento ma costante decremento.

Il Distretto 5 comprende nove comuni, tutti al di sotto dei 3.000 abitanti (e ben 6 al di sotto dei 1.000); coincide con l'omonima comunità montana, che anche in questo caso ha ricevuto dai singoli comuni la delega e dunque si occupa della gestione dei servizi sociali. È uno dei tre distretti ad aver ricevuto la qualifica di “Distretto socio-sanitario montano” dalla L. R. 9/2009. Il territorio è anche qui prevalentemente montano, con il 90% al di sopra degli 800 metri slm. L'indice di vecchiaia si avvicina molto a quello del distretto 4, assestandosi, nel 2007, su 278.

La A.S.L. di Viterbo

Comprende il territorio di 60 comuni, suddivisi in 5 distretti; nella tab. D12 sono riportati il numero dei comuni e la popolazione di ciascun distretto.

Tabella D12 – Comuni e popolazione residente nella A.S.L. di Viterbo per singolo distretto

Distretto 1	19	56.361
Distretto 2	9	45.825
Distretto 3	8	92.915
Distretto 4	13	63.990
Distretto 5	11	59.048
TOTALE A.S.L.	60	318.139

Il Distretto 1 è situato nella zona più settentrionale, si incunea verso Umbria e Toscana e si estende attorno al lago di Bolsena; è anche il più disperso territorialmente, suddiviso com'è tra ben 19 comuni. È stato anche questo dichiarato Distretto socio-sanitario montano dalla citata L. R. 9/2009, benché solo otto dei comuni che lo compongono facciano parte della stessa comunità montana. A parte Montefiascone, che supera i 13.000 abitanti, gli altri comuni sono tutti al di sotto dei 6.000; la struttura della popolazione si presenta abbastanza omogenea, con la quasi totalità dei comuni che presenta una percentuale di ultrasessantacinquenni tra il 25 ed il 30%, e due comuni intorno al 33%.¹³²

Il Distretto 2 presenta una struttura morfologica diversa rispetto agli altri, ed è l'unico a protendersi sino al mare; è maggiormente compatto nella composizione demografica, con una polarizzazione nel comune di Tarquinia (oltre 16.000 abitanti), e gli altri tutti al di sotto dei 9.000. La struttura della popolazione si presenta globalmente più giovane rispetto al distretto 1: a parte due comuni che hanno il 32% circa di ultrasessantacinquenni, gli altri si assestano tutti su percentuali tra il 20 ed il 24%.

I comuni del Distretto 3 – a parte Viterbo, il capoluogo – si estendono nell'area dei Monti Cimini fino ad arrivare alla valle del Tevere; Viterbo presenta un forte accentramento di popolazione, contando da solo oltre 60.000 abitanti; gli altri comuni sono tutti al di sotto dei 10.000. Dal punto di vista della struttura della popolazione, a parte un comune, Vitorchiano, particolarmente “giovane”, con poco più del 13% di ultrasessantacinquenni, gli altri si attestano tra il 20 ed il 23%.

¹³² I dati relativi alle percentuali di ultrasessantacinquenni sui totale della popolazione sono – in questo e negli altri 4 Distretti di questa A.S.L. – frutto di elaborazione personale su dati Istat, e si riferiscono alla popolazione residente al 1/1/2010.

Il Distretto 4 è disperso in tredici comuni, tutti (a parte Vetralla, di maggiori dimensioni, che conta oltre 13.000 abitanti) al di sotto dei 10.000 abitanti; costituisce il distretto in cui si è registrato, nel quinquennio 2005-2010, il maggiore incremento demografico, pari a circa l'11%. La struttura della popolazione si presenta maggiormente variegata, con una percentuale di ultrasessantacinquenni che oscilla tra il 23% di Barbarano ed il 14% di Monterosi; comune quest'ultimo vicino al confine con la provincia di Roma, che presenta una situazione demografica particolare, avendo assistito, nel quinquennio considerato, ad un incremento demografico addirittura del 40%.

Il Distretto 5 è composto da 11 comuni, di cui il maggiore, Civita Castellana, conta oltre 16.000 abitanti; ve ne sono poi altri due tra gli 8 ed i 9.000, e tutti gli altri al di sotto dei 5.000. Dal punto di vista della struttura della popolazione questo si presenta come il distretto più "giovane": a parte due comuni (che si attestano intorno al 23% di popolazione ultrasessantacinquenne), gli altri oscillano tutti tra il 12 ed il 19%. Due comuni di questo distretto, insieme ad altri tre del distretto 3 ed a quattro del distretto 4, formano una comunità montana.

Dalla sintetica analisi appena conclusa emerge un quadro territoriale e demografico fortemente disomogeneo, con alcune realtà di alta frammentazione e dispersione, alternate ad aree ad alta densità abitativa.

Vedremo, a partire dal prossimo capitolo, se e come ciò possa influenzare lo sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria nella regione.

5. L'integrazione socio-sanitaria nella regione Lazio: aspetti generali

L'analisi degli aspetti che oggi caratterizzano la realtà dell'integrazione socio-sanitaria nella regione Lazio può svilupparsi seguendo diversi percorsi. Il tema può essere affrontato valutandone nel merito i contenuti pratici e gli effetti che producono sui beneficiari oppure verificandone l'adeguatezza dal punto di vista degli addetti ai lavori o ancora misurandone il livello di fruibilità da parte dei cittadini. Queste e altre possibili piste di riflessione, tuttavia, non possono prescindere da una preliminare ricognizione della questione che consenta di mettere a fuoco i tratti essenziali con cui l'integrazione socio-sanitaria si propone nel contesto laziale.

Si tratta, in particolare, di inquadrare quanto il tema coinvolge gli attori istituzionali che dovrebbero alimentarne lo sviluppo e quale attenzione viene ad esso dedicata, quali sono le forme con cui si realizza – quando si realizza – il coordinamento interistituzionale, come si definisce la necessaria interconnessione tra gli atti di programmazione di area sanitaria e di area sociale; ed infine, quali sono le professionalità che interagiscono nello spazio dell'integrazione e quali i bisogni che le attività socio-sanitarie intercettano e gli utenti che ne fruiscono.

5.1. L'interesse degli attori coinvolti per il tema

Un indicatore che segnala in modo inequivocabile il grado di importanza che i soggetti istituzionali coinvolti nei processi di integrazione socio-sanitaria attribuiscono al tema appare essere l'avvenuta (o la mancata) identificazione nel loro assetto organizzativo di figure professionali specificamente dedicate a favorire lo sviluppo di tale area.

5.1.1. La presenza nei distretti di una funzione specificamente dedicata all'integrazione

Come si è evidenziato in precedenza, la Del. G. R. 433/07 ha previsto l'istituzione in ogni A.S.L. e nei singoli distretti di una funzione specifica per l'integrazione sociosanitaria (che nei distretti doveva coincidere con il coordinatore sociosanitario).

Una prima rilevazione della presenza di tale figura si può osservare nel grafico E1.

Grafico E1 – Presenza nei distretti di una funzione dedicata all'integrazione

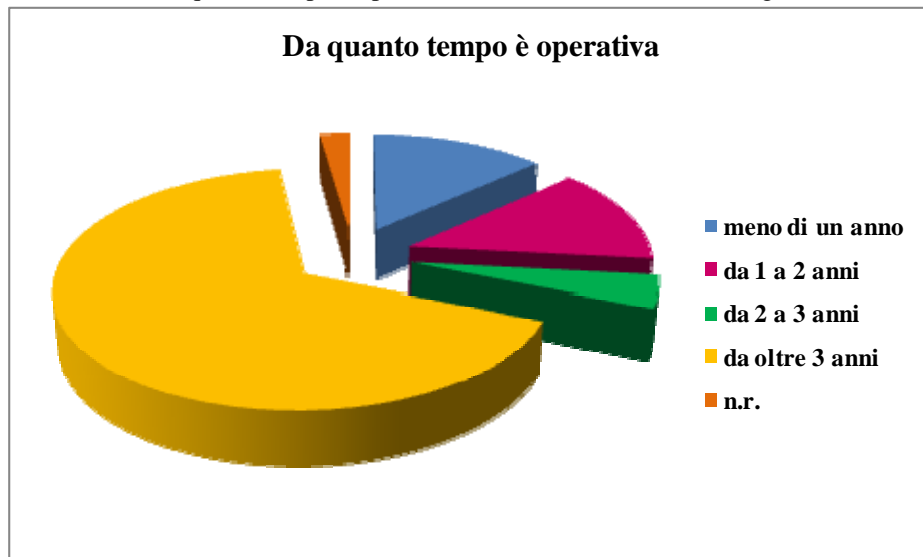


Come emerge dal grafico (che riporta i dati assoluti delle risposte fornite), a circa due anni di distanza dalla Del. 433/07 nella stragrande maggioranza dei distretti (50 su 55, il 90%) è formalmente prevista una funzione specificamente dedicata all'integrazione; una reale operatività di tale ruolo, tuttavia, la si rileva soltanto nell'82% degli stessi distretti. Ciò potrebbe esser dovuto in parte ad una situazione "in divenire": in alcune realtà territoriali – in cui il questionario è stato compilato direttamente dai direttori di distretto – è stato riferito che si attendevano di lì a poco le nomine dei coordinatori.

Per verificare quanto tale presenza fosse effettivamente dovuta all'impatto delle normative e quanto invece preesistesse, il questionario conteneva un'apposita

domanda circa il periodo dell'effettiva operatività; il relativo dato è rappresentato nel grafico E2.

Grafico E2 – Da quanto tempo è operativa la funzione dedicata all'integrazione



È interessante notare come nella gran parte dei distretti il referente per l'integrazione socio-sanitaria sia stato costituito ben prima che la recente normativa ne stabilisse la necessità; l'impatto della delibera regionale andrà dunque osservato, magari in un arco di tempo più ampio, oltre che su quelle 6 aree distrettuali attive da meno di un anno, su quelle che ancora si stanno attrezzando.

5.1.2. Da chi è ricoperta la funzione dedicata all'integrazione

Un altro elemento interessante da indagare circa tale funzione era di ricostruire un seppur sommario *identikit* di chi la ricopre, in termini di figura professionale e ruolo rivestito; i dati emersi sono riportati nei grafici E3 ed E4.

Grafico E3 – Da quale figura professionale è ricoperta la funzione dedicata all'integrazione



Dall'osservazione del primo dei due grafici emerge come nella metà dei distretti in cui è operativa (22 su 45) tale funzione sia svolta da assistenti sociali, mentre per il resto è sostanzialmente suddivisa tra medici (9 distretti) e psicologi (11 distretti). In generale si tratta di personale che annovera il tema dell'integrazione come *uno* tra i propri compiti; e dunque, nella maggior parte dei casi, si tratta di figure dedicate a questo in maniera specifica ma non esclusiva. Una particolarità è poi costituita dalla A.S.L. Roma H, nella quale in 5 dei 6 distretti sono identificate ben 2 figure (entrambe assistenti sociali) che si occupano anche dell'integrazione socio-sanitaria, una come coordinatore degli assistenti sociali del distretto sanitario, l'altra come referente A.S.L. per il Piano di Zona.

Nel grafico E4 si può osservare il ruolo ricoperto da chi svolge tale funzione.

Grafico E4 – Con quale ruolo è operativa la funzione dedicata all'integrazione

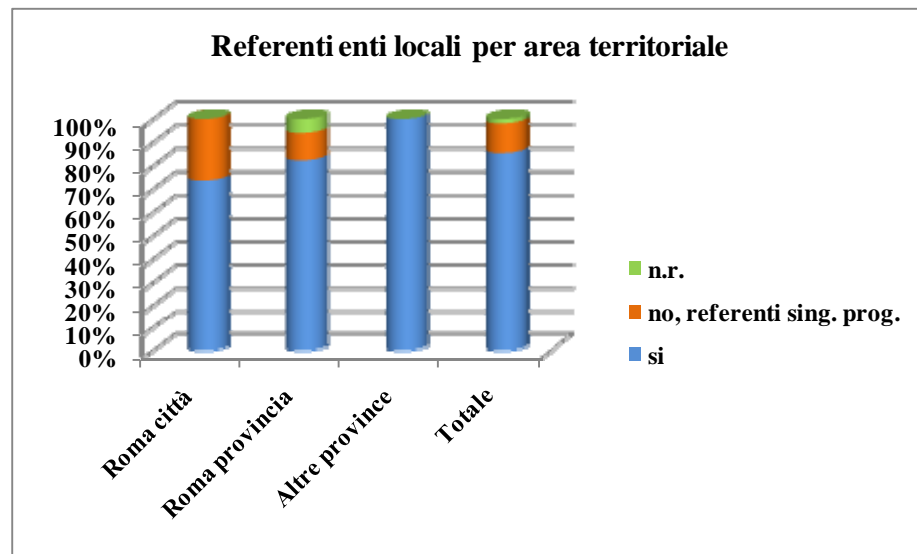


Dal grafico emerge come, in circa metà dei distretti in cui è operativa, la funzione dedicata all'integrazione coincida con un ruolo di coordinamento; nella quota rimanente si suddivide sostanzialmente tra referente e dirigente. Circa quest'ultimo ruolo occorre osservare, peraltro, che nella totalità dei casi in cui è stato indicato coincide con figure professionali (medico, psicologo, sociologo) che nelle A.S.L. ricoprono comunque ruoli dirigenziali; e dunque potrebbe trattarsi per lo più di un ruolo non attribuito, a tali professionisti, in maniera specifica per la funzione dedicata all'integrazione. Più sfumata, per così dire, l'attribuzione del ruolo di referente, che attraversa tutte le figure professionali interessate, e potrebbe comportare un basso livello di autorevolezza, soprattutto dove non ricoperto da professionisti con qualifiche dirigenziali.

5.1.3. Il rapporto con gli enti locali

L'ultimo aspetto analizzato è la presenza, negli enti locali, di figure dedicate specificamente all'integrazione, che possano costituire per chi opera in tal senso nel distretto un riferimento unitario; il dato percentuale, disaggregato per aree territoriali, è rappresentato nel grafico E5.

Grafico E5 – Referenti enti locali per area territoriale



Dal grafico si rileva che anche la presenza di un referente specificamente dedicato all'integrazione sul versante degli enti locali registra un dato abbastanza elevato: nella grande maggioranza dei casi in cui le A.S.L. hanno avuto in materia un positivo raccordo con gli enti locali ciò è avvenuto trovando come interfaccia una figura professionale dedicata (nella realtà romana con il dirigente o responsabile dei servizi sociali municipali; nella realtà provinciale più spesso con il responsabile dell'Ufficio di Piano). Il dato disaggregato mostra alcune differenziazioni, suggerendo l'idea che la consapevolezza di tale necessità aumenti man mano che ci si allontana dalla realtà cittadina della capitale.

Dai dati sembra dunque emergere un buon grado di consapevolezza istituzionale circa l'importanza dell'integrazione socio-sanitaria, presente sia nelle A.S.L. che negli enti locali. Si rileva altresì che gli operatori dedicano al tema dell'integrazione solo una parte del loro impegno lavorativo, ma ciò non rappresenta un depotenziamento della loro funzione e si segnala anzi come un elemento da valutare positivamente, nella misura in cui in cui permette loro di svolgere un ruolo di raccordo tra i singoli servizi ed il momento del coordinamento interistituzionale. È importante inoltre sottolineare che questa buona consapevolezza istituzionale su un tema così rilevante non ha dovuto essere indotta o sostenuta da appositi input normativi, visto che la recente delibera regionale in materia si è in realtà proposta su

uno scenario già sostanzialmente attrezzato (e i territori che da questo punto di vista erano stati in passato inattivi sono comunque rimasti inadempienti).

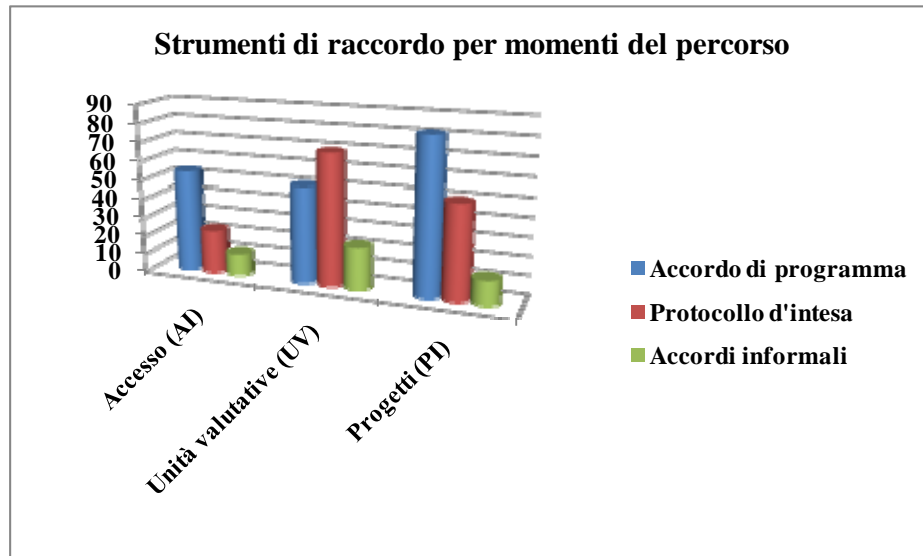
5.2. Le forme di coordinamento interistituzionale

Un aspetto interessante per mettere a fuoco come si realizzano i rapporti tra le diverse amministrazioni è dato dall'analisi degli strumenti che vengono maggiormente utilizzati per regolamentare tali rapporti. Le norme e le prassi operative, infatti, hanno negli anni reso possibile l'impiego di variegate procedure di raccordo interistituzionale, procedure che potevano utilizzare gli strumenti della convenzione, dell'accordo di programma e del protocollo d'intesa ma che spesso si sono avvalse – soprattutto nelle fasi di avvio di nuovi servizi o progetti – della modalità dell'accordo informale.

Dall'analisi dei dati emerge che i due strumenti maggiormente utilizzati per il coordinamento interistituzionale sono stati l'accordo di programma ed il protocollo d'intesa,¹³³ sebbene le percentuali di impiego di ciascuno di questi due strumenti varino sia nei diversi momenti del percorso del cittadino all'interno dei servizi (accesso, unità valutativa, progetto) che in relazione alle diverse realtà territoriali. I grafici E6, E7 ed E8 descrivono nel dettaglio il quadro della situazione considerando anche l'utilizzo degli accordi informali.

¹³³ I due strumenti hanno differente caratterizzazione. L'accordo di programma, normato già dall'art. 27 della L. 142/90, si configura come atto regolamentare a carattere generale, riconducibile al livello istituzionale dell'integrazione; e secondo la definizione del summenzionato articolo viene promosso per "la definizione e l'attuazione di opere, di interventi o di programmi di intervento che richiedono, per la loro completa realizzazione, l'azione integrata e coordinata di comuni, di province e regioni, di amministrazioni statali e di altri soggetti pubblici, o comunque di due o più tra i soggetti predetti". Il protocollo d'intesa invece, pur essendo molto utilizzato nell'ambito del livello gestionale dell'integrazione, non presenta una definizione normativa precisa; e questo fa sì che nella prassi organizzativa possa assumere caratteristiche anche molto diverse, passando da protocolli-quadro a protocolli operativi molto dettagliati. Per un'approfondita disamina delle caratteristiche dei protocolli d'intesa si veda Bertoldi, Rossi, 2005.

Grafico E6 – Strumenti di coordinamento interistituzionale maggiormente utilizzati nei diversi momenti del percorso dell'utente



Nel grafico – che presenta i dati percentuali dell'utilizzo dei diversi strumenti – si può osservare come nell'ambito dei progetti integrati sia fortemente utilizzato l'accordo di programma, presente nell'80% dei distretti interessati, mentre per l'accesso e le unità valutive ci si attesti intorno al 50%; il protocollo d'intesa costituisce invece lo strumento più utilizzato per le unità valutive, dove sfiora il 70%, nettamente al disopra delle percentuali di utilizzo negli altri due momenti.¹³⁴

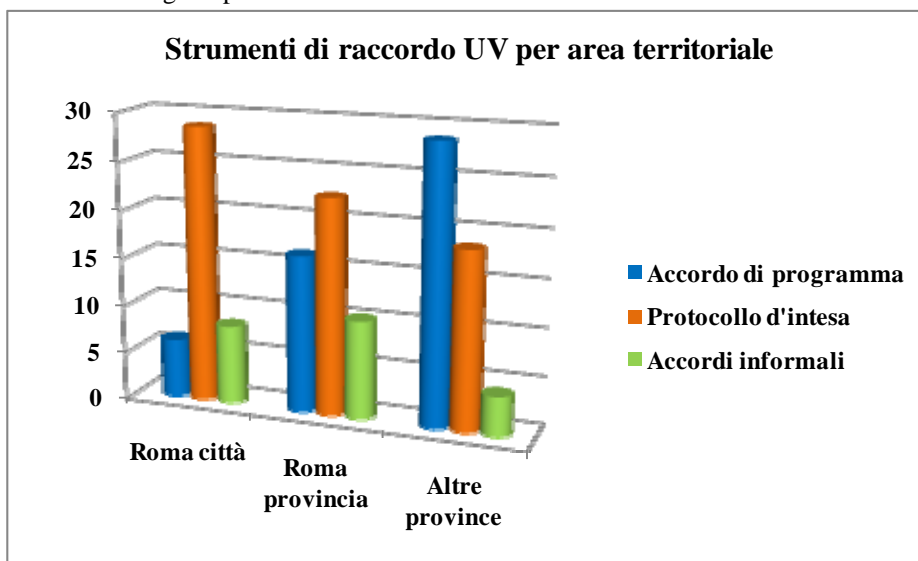
È da rilevare inoltre la significativa percentuale dell'utilizzo di accordi informali, che per la realtà delle unità valutive si attesta al di sopra del 20% dei casi. Al proposito è interessante segnalare che l'utilizzo degli accordi informali appare più consistente là dove si hanno esperienze di integrazione socio-sanitaria oramai consolidate nel tempo, circostanza questa che si presta ad una lettura ambivalente. Per un verso sembra non deporre a favore di un interesse del livello istituzionale – e probabilmente neanche di quello gestionale – per iniziative per lo più nate “dal basso”, dal lavoro quotidiano degli operatori (altrimenti dopo tre anni avrebbero dovuto concludersi – qualora risultate non funzionali – oppure trovare uno

¹³⁴ Nella domanda relativa all'utilizzo degli strumenti di raccordo nei servizi/punti di accesso integrati – considerandolo un punto “unico” – era stata data un'unica possibilità di risposta; nelle altre, essendo stata considerata la possibile presenza di più unità valutive, ed a maggior ragione di più progetti, era stata data la possibilità di risposta multipla; per tale motivo le percentuali presenti in tabella – che sono comunque rapportate ai casi/distretti considerati – danno in questi ultimi due ambiti totali maggiori di cento.

sbocco maggiormente definito). Per altro verso, però, tale aspetto può essere interpretato in chiave positiva in quanto traduce una volontà di mantenere flessibile e dinamico il rapporto in essere, evitando le controindicazioni che si possono accompagnare alla sua formalizzazione e puntuale regolamentazione.

I grafici E7 ed E8 presentano un'analisi dell'utilizzo degli strumenti di raccordo per le unità valutative e per i progetti, disaggregati per aree territoriali.¹³⁵

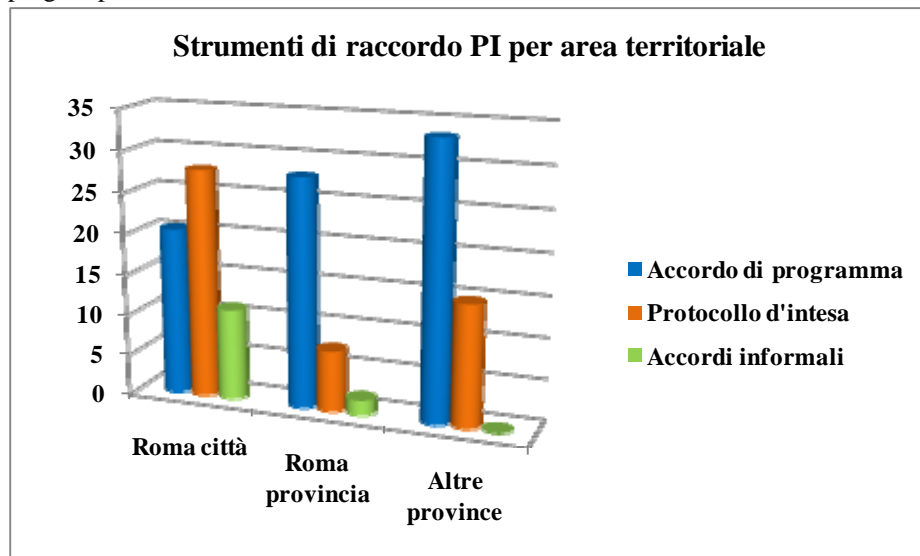
Grafico E7 – Utilizzo degli strumenti di raccordo interistituzionale nelle Unità Valutative integrate per area territoriale



Le indicazioni che se ne ricava sono essenzialmente due. In primo luogo emerge che l'accordo di programma è lo strumento privilegiato nell'ambito dei progetti. La maggior parte di essi, del resto, si colloca all'interno degli atti di pianificazione generale (P.A.L. e P.A.T. per le A.S.L., Piani di Zona per gli enti locali) che richiedono per legge accordi di livello istituzionale. In secondo luogo si registra – in entrambi gli ambiti considerati – una significativa differenziazione dell'utilizzo dei due strumenti nelle diverse aree territoriali. Il protocollo d'intesa viene preferito nell'area del comune di Roma, mentre l'accordo di programma vede aumentare il suo utilizzo man mano che da Roma ci si allontana.

¹³⁵ I dati sull'accesso, essendo quantitativamente inferiori, presentano se disaggregati una forte dispersione, e per tale motivo non si è ritenuto opportuno inserire il relativo grafico.

Grafico E8 – Utilizzo degli strumenti di raccordo interistituzionale nell'ambito dei progetti per area territoriale



I riscontri appaiono tra loro abbastanza polarizzati e ciò dipende verosimilmente dalla rilevante diversità dei territori su cui l'integrazione socio-sanitaria trova realizzazione nel contesto regionale. Là dove i rapporti si giocano tra due sole amministrazioni (il distretto/A.S.L. da una parte e un municipio dall'altra) vi è infatti minore necessità di uno strumento altamente formalizzato come l'accordo di programma, mentre il ricorso ad esso si rende necessario nelle realtà territoriali in cui la collaborazione coinvolge una consistente molteplicità di attori (come già segnalato, in talune aree distrettuali di provincia si arriva a superare anche le 20 distinte municipalità locali). Per lo stesso motivo, quindi, la modalità di rapporto basata sugli accordi informali è in questi stessi territori di provincia pressoché inesistente, ostacolata dalle oggettive difficoltà di godere della agilità che ad essi si accompagna vista la presenza di un numero elevato di referenti.

5.3. L'integrazione negli strumenti programmatori

Dal punto di vista gestionale, l'elemento cardine su cui poggia l'integrazione socio-sanitaria è certamente la programmazione; e dunque è importante indagare quanto e come il tema sia presente negli atti programmatori delle A.S.L. e degli enti locali e quanto questi stessi atti siano tra loro integrati. Attraverso il questionario si è

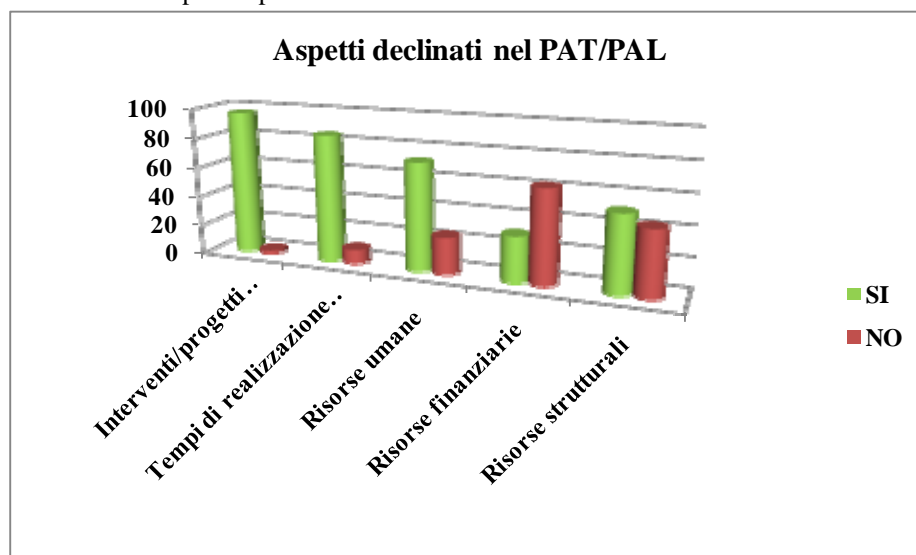
dunque cercato di approfondire la presenza del tema dell'integrazione negli atti programmatori delle A.S.L., alcuni aspetti relativi ai contenuti, ed elementi riguardanti il livello di co-progettazione con gli enti locali.

5.3.1. Presenza dei temi relativi all'integrazione negli atti di programmazione delle A.S.L.

Dai dati emerge come il tema dell'integrazione sia presente praticamente in tutti gli atti programmatori di rilievo distrettuale (53 su 55). Esaminando poi quale parte del Piano sia dedicata all'integrazione, emerge come nel 17% dei distretti vi sia un capitolo specifico; nel 34%, vi siano due o più capitoli; nel 18,9% tutto il Piano sia dedicato a temi legati all'integrazione. Queste ultime due risposte, considerate insieme, evidenziano come in circa la metà dei distretti l'integrazione occupi una parte considerevole del Piano.

Entrando maggiormente all'interno dei Piani, si è poi voluto indagare quanto questi fossero espliciti nella descrizione dei progetti, nell'indicazione dei tempi di realizzazione degli stessi, e nella definizione e quantificazione delle risorse da destinare all'integrazione.

Grafico E9 – Aspetti esplicitamente declinati nel PAT/PAL



Dai dati riportati nel grafico E9 si rileva che la quasi totalità dei Piani contiene la descrizione dei progetti integrati e un'alta percentuale indica anche i

tempi di realizzazione dei progetti stessi. Allorché però si pone attenzione al grado di concretezza dei Piani, in particolare sotto il profilo delle risorse da destinare ai progetti integrati, il quadro appare più problematico. Sebbene la mancata individuazione iniziale di risorse certe non costituisca di per sé un impedimento all'avvio dei progetti, infatti, è di tutta evidenza che lasciare nell'indeterminatezza l'elemento decisivo per la concreta realizzazione degli stessi costituisce un aspetto della questione particolarmente critico. L'assenza di risorse certe per il finanziamento dei progetti che emerge nella gran parte degli strumenti di pianificazione rappresenta un dato per certi versi preoccupante, ma che trova tuttavia una ragionevole spiegazione nel fatto che le A.S.L. non dispongono normalmente di fondi specifici da destinare all'integrazione (e più in generale alla progettazione), a differenza di quanto avviene per gli enti locali che dispongono invece di risorse da dedicare specificamente alla progettazione e alle attività integrate (provenienti in particolare dal Fondo Nazionale per le Politiche Sociali).

Le risorse strutturali/logistiche sono declinate in circa la metà dei Piani; il dato è modesto anche se una percentuale così bassa potrebbe essere in parte spiegata dal fatto che ormai i processi di esternalizzazione sono molto diffusi, e spesso all'organismo che realizza il progetto viene chiesto di fornire la sede e le strumentazioni necessarie.

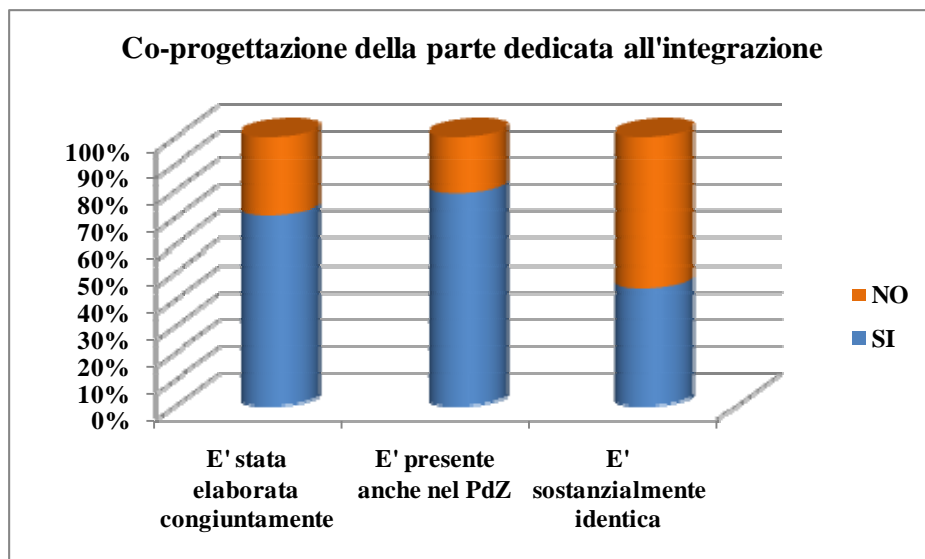
La declinazione delle risorse umane è invece assente in circa il 25% dei Piani. Un riscontro del genere, che potrebbe apparire meno problematico dei precedenti, è viceversa il più preoccupante nella logica dell'integrazione: pur tenendo conto, anche qui, della possibile esternalizzazione delle attività, risulta piuttosto incomprensibile come si possa realizzare l'integrazione ignorando il livello professionale.

Nel complesso, dunque, un fattore di debolezza delle strategie nell'area dell'integrazione socio-sanitaria si collega certamente al carattere principalmente declaratorio di molti degli strumenti di pianificazione e degli atti di raccordo tra i soggetti coinvolti. L'attenzione al tema si manifesta presente e significativamente consolidata in larga parte degli attori istituzionali cui compete la realizzazione di tali attività, ma la concreta traduzione pratica dei progetti sconta difficoltà oggettive principalmente sul terreno delle disponibilità finanziarie.

5.3.2. La co-progettazione

Una ulteriore verifica dei termini con cui l'integrazione socio-sanitaria si definisce nei rapporti interistituzionali può essere effettuata analizzando le modalità di costruzione degli strumenti di pianificazione delle attività in area sanitaria e in area sociale. Per assicurare una efficace integrazione socio-sanitaria, infatti, i Piani sanitari e i Piani sociali degli enti locali devono essere frutto di un processo di effettiva co-costruzione tale da assicurare una totale sovrapposizione delle due prospettive.

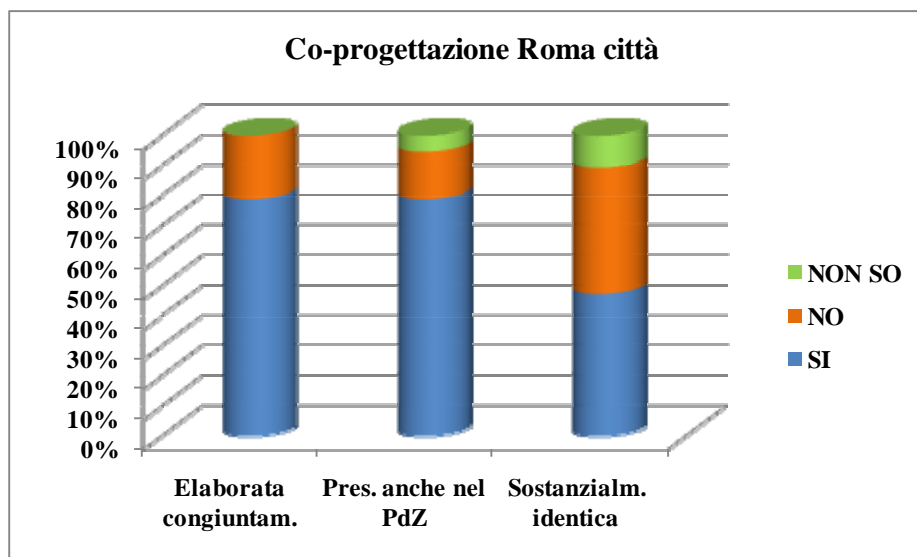
Grafico E10 – Co-progettazione della parte dedicata all'integrazione nei PAT/PAL e Piani di Zona



Invece, come emerge dal grafico E10, sebbene in una buona percentuale di casi la parte sull'integrazione sia stata elaborata congiuntamente, la consistenza delle realtà in cui vi è una sostanziale identità tra i due documenti – che significa reale condivisione della strategia e delle azioni da svolgere – è decisamente contenuta.

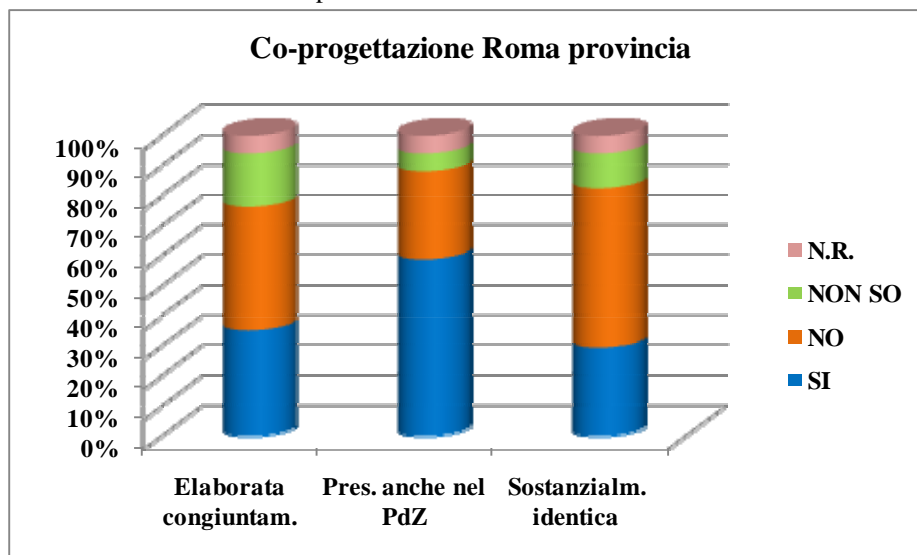
Per approfondire ulteriormente il livello di indagine appare interessante analizzare se vi siano differenze in tal senso tra le diverse realtà territoriali, iniziando dalla realtà cittadina, rappresentata nel grafico E11.

Grafico E11 – Co-progettazione della parte dedicata all'integrazione nei PAT/PAL e Piani di Zona nell'area della città di Roma



La realtà romana riflette sostanzialmente l'andamento generale, con una percentuale leggermente maggiore nell'elaborazione congiunta e nella sostanziale identità degli aspetti relativi all'integrazione nei piani sanitari e sociali.

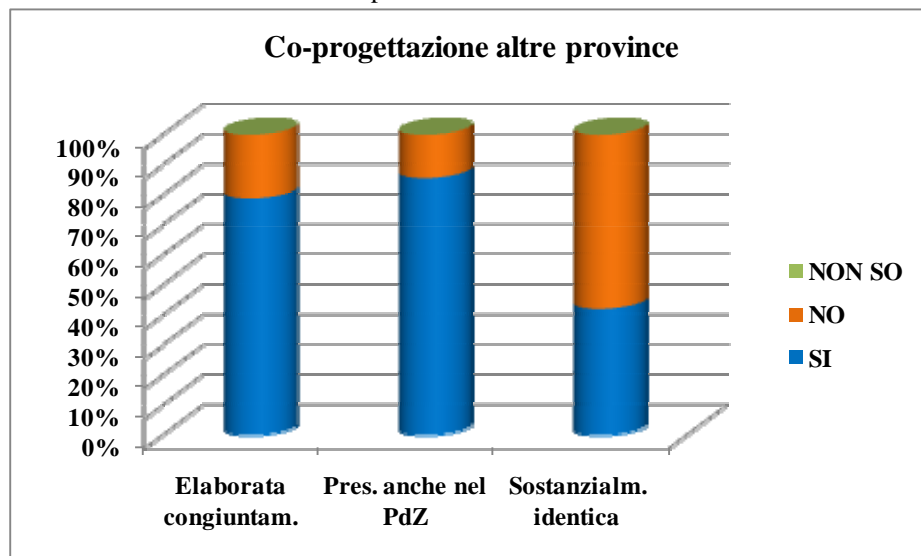
Grafico E12 – Co-progettazione della parte dedicata all'integrazione nei PAT/PAL e Piani di Zona nell'area della provincia di Roma



La provincia di Roma presenta una situazione più variegata, in cui complessivamente il livello di co-progettazione appare inferiore rispetto al dato generale; oltre alla quota globale di non risposte – che di per sé non è un buon indice

di integrazione, a prescindere se ciò sia dovuto da carenze attribuibili al singolo referente o al livello di organizzazione – troviamo percentuali significativamente inferiori al dato generale, in particolare nell'ambito dell'elaborazione congiunta e nella sostanziale identità degli elementi sull'integrazione negli atti programmatori sanitari e sociali.

Grafico E13 - Co-progettazione della parte dedicata all'integrazione nei PAT/PAL e Piani di Zona nell'area delle altre province



La realtà delle altre province sembra riallinearsi al dato generale, presentando percentuali significativamente alte sia nell'elaborazione congiunta che nella presenza in entrambi gli atti programmatori, sanitario e sociale; si nota invece una flessione nella sostanziale identità della parte sull'integrazione nei diversi piani.

Globalmente dai dati emerge una presenza diffusa dei temi dell'integrazione negli atti programmatori degli enti locali, ma al tempo stesso appare abbastanza evidente che i processi di reale co-costruzione stentano a decollare; la redazione dei Piani sanitari e dei Piani sociali procede per lo più distintamente e ampie parti di essi vengono mantenute separate. Certamente ciò può essere collegato alla difficoltà presente, in tal senso, a livello regionale: è difficile pensare nei territori ad una programmazione realmente congiunta quando a livello generale i Piani sanitari e sociali percorrono strade e tempistiche diverse.

5.4. I professionisti per l'integrazione

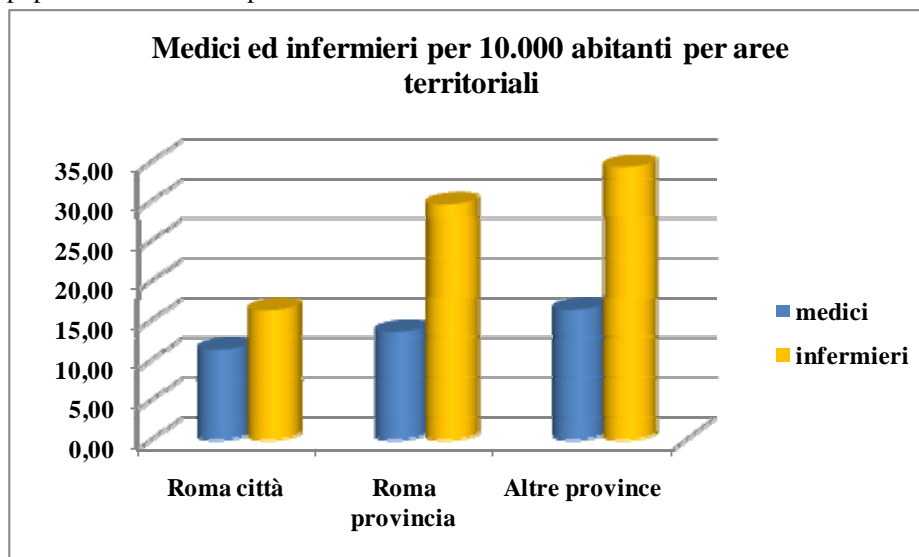
Com'è noto, uno degli ambiti essenziali per la realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria richiama la dimensione dei rapporti tra i diversi professionisti che sono coinvolti nel processo. Un approfondimento dell'indagine è stato quindi dedicato all'analisi delle professionalità che realmente entrano in gioco su questo terreno.

Prima però di analizzare quanto emerso nella ricerca è utile richiamare un dato di carattere generale, ovvero il rapporto tra il numero di operatori e la popolazione residente.

5.4.1. Il rapporto tra operatori e popolazione residente

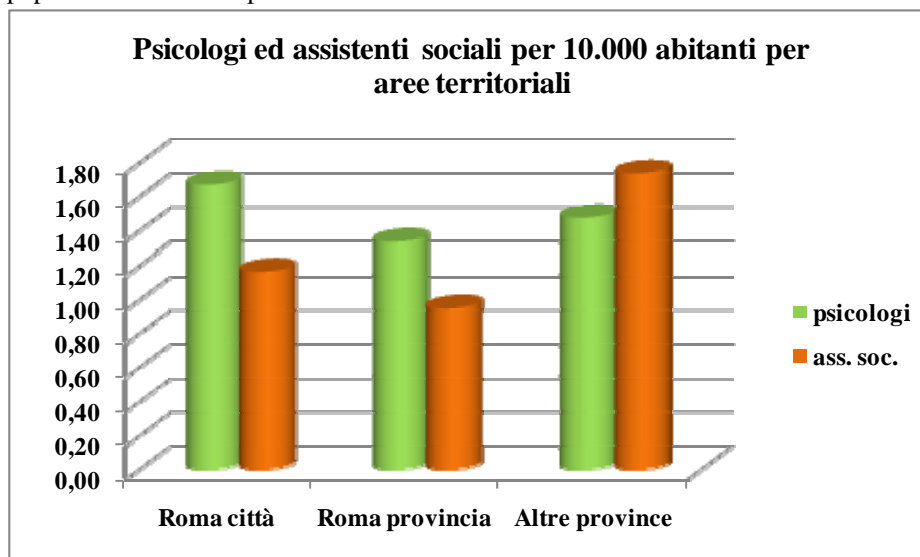
Nei grafici E14 ed E15 sono riportati i dati, relativi all'anno 2005, sulla presenza delle principali figure professionali operanti presso le A.S.L. ogni 10.000 abitanti;¹³⁶ per maggiore facilità di lettura si sono suddivisi in due grafici distinti: uno relativo a medici ed infermieri, l'altro a psicologi ed assistenti sociali.

Grafico E14 – Rapporto tra medici ed infermieri operanti presso le A.S.L. e popolazione residente per aree territoriali – anno 2005



¹³⁶ Il rapporto è stato ottenuto incrociando i dati rintracciati sul sito del Ministero della Salute sul personale delle A.S.L. con quelli sulla popolazione residente – per il comune di Roma reperiti sull'apposito sito, per gli altri comuni sul sito dell'ISTAT. Al momento in cui si è effettuata la ricerca i dati più recenti sul personale delle A.S.L. erano relativi all'anno 2005, e dunque sono stati incrociati con la popolazione residente nello stesso anno.

Grafico E15 – Rapporto tra psicologi ed assistenti sociali operanti presso le A.S.L. e popolazione residente per aree territoriali – anno 2005



Come emerge dal raffronto tra i due grafici, i “numeri” degli operatori sono sostanzialmente diversi, e ciò può essere spiegato con differenti motivazioni: tra le altre, il fatto che nel personale indicato siano compresi anche coloro che operano nelle strutture ospedaliere, in cui la necessità di medici ed infermieri è ovviamente molto più alta, anche per garantire la presenza, attraverso i turni, nell’arco delle 24 ore giornaliere; va poi considerato che tra le prestazioni che le A.S.L. devono offrire rientrano anche attività a carattere strettamente sanitario, dove la presenza di psicologi ed assistenti sociali non è prevista. A parziale integrazione si può osservare che, come si vedrà più avanti, gli psicologi e soprattutto gli assistenti sociali sono presenti anche tra il personale degli enti locali, del quale non è stato possibile rintracciare dati comparabili con quello delle A.S.L.

È interessante osservare le linee di tendenza che emergono dai grafici sopra indicati:¹³⁷ per medici ed infermieri si rileva un progressivo aumento man mano che ci si allontana dalla realtà romana, con un rapporto tra le due figure che nelle aree provinciali si stabilizza su circa due infermieri ogni medico. Tale aumento progressivo potrebbe trovare giustificazione nella dispersione della popolazione,

¹³⁷ Anche se i dati considerati si riferiscono al 2005, si ritiene che le linee di tendenza rappresentate nei grafici – anche a causa dei ripetuti blocchi di assunzioni nella pubblica amministrazione – possano essere considerate sostanzialmente valide.

particolarmente forte in alcune aree provinciali, che dunque richiede più personale per poter garantire dei livelli essenziali di servizi; forse il dato che, in tal senso, desta qualche interrogativo, è il rapporto medici/infermieri, che dovrebbe probabilmente essere maggiormente sbilanciato a favore dei secondi, figura professionale più “di prossimità” rispetto ai cittadini, che svolge un’ampia gamma di servizi e prestazioni.

Il dato sulla presenza di psicologi ed assistenti sociali mostra un diverso andamento tendenziale, con un calo, per entrambe le figure, quando si passa da Roma alla sua provincia, per aumentare nuovamente nelle altre province; se si applica a questi professionisti la riflessione circa la maggiore necessità in relazione alla dispersione della popolazione, non si può che osservare la carenza, in tal senso, dell’area della provincia di Roma. Circa il rapporto quantitativo tra le due professioni, nelle aree cittadina e provinciale di Roma si osserva una maggiore presenza degli psicologi: dato compatibile con una quota superiore di assistenti sociali all’interno del personale degli enti locali; in tal senso dunque il dato per così dire anomalo sembrerebbe costituito dalle altre province, con una più forte presenza di assistenti sociali nelle A.S.L. Su tale tematica potrebbe fornire una spiegazione interessante un aspetto – emerso nel *focus group* realizzato in una di queste province – relativo ad un possibile ruolo di “supplenza” svolto dagli assistenti sociali della A.S.L. in realtà territoriali in cui i comuni erano quasi completamente privi, sino ad una decina d’anni fa, di tali professionisti.

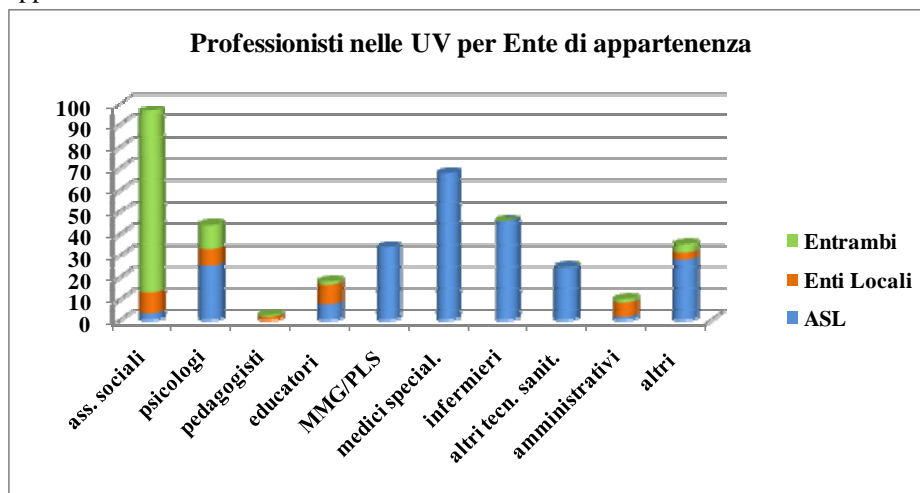
5.4.2. Le tipologie dei professionisti coinvolti

Analizzando i dati emersi dalla ricerca, un livello di approfondimento sul tema è stato costituito dall’esame delle professionalità coinvolte, in entrambe le tipologie di enti interessati; i risultati emersi sono riportati nei grafici E16, E17, E18, ognuno dei quali si riferisce ad un diverso momento del percorso dell’utente all’interno dei servizi e riporta le percentuali dei casi in cui è stata indicata la presenza dei diversi professionisti.

Il riscontro che risalta immediatamente è che senz’altro l’assistente sociale è il professionista più presente, in tutti e tre i momenti; e nella maggioranza dei casi è operante presso entrambi gli attori istituzionali interessati. Un’altra figura professionale presente con una certa rilevanza sia nella A.S.L. che nell’ente locale è

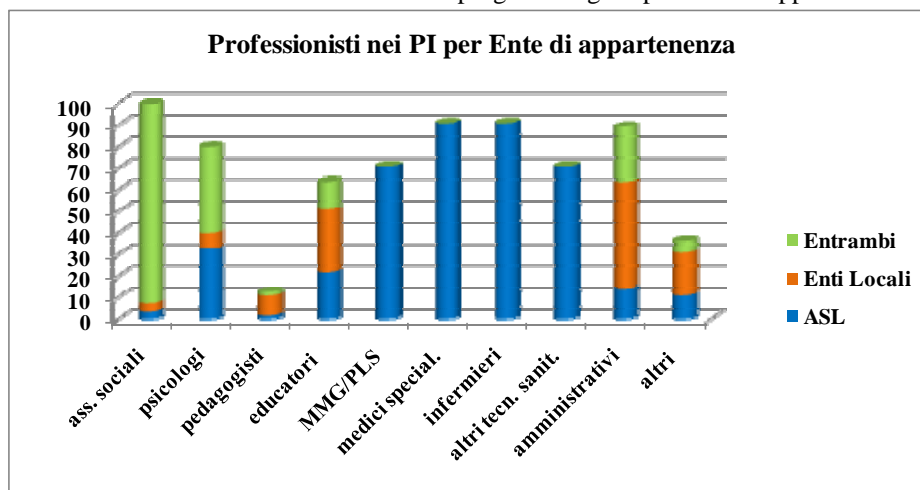
quella dello psicologo. I medici specialisti e gli infermieri professionali completano poi il pool di professionisti maggiormente attivi nei tre momenti analizzati.

Grafico E16 – Professionisti operanti nelle Unità Valutative Integrate per Ente di appartenenza



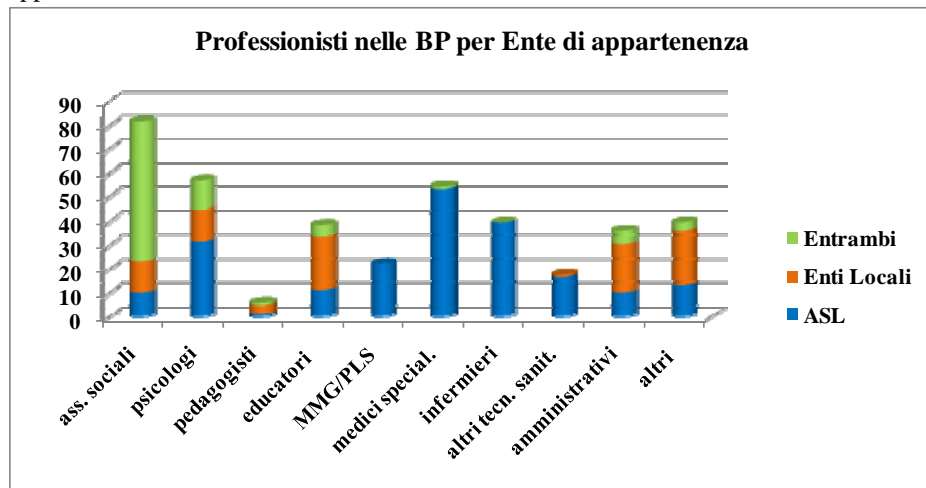
Entrando più nello specifico, nelle Unità Valutative a queste figure si aggiungono per una certa quota i medici di medicina generale e/o i pediatri di libera scelta, nonché i fisioterapisti e le altre figure mediche (medico di distretto, del C.A.D.). Altro aspetto interessante è che, a parte gli assistenti sociali ed una quota comunque minoritaria di psicologi, le Unità Valutative vedono globalmente un coinvolgimento di figure sanitarie sensibilmente maggiore rispetto ai professionisti dell'ente locale.

Grafico E17 – Professionisti coinvolti nei progetti integrati per Ente di appartenenza



Nell'ambito dei progetti vi è una presenza maggiormente omogenea di tutte le figure professionali potenzialmente riconducibili all'area dell'integrazione socio-sanitaria e vi è inoltre una consistenza maggiore dei professionisti degli enti locali. Una rilevanza decisamente significativa, in particolare, è assunta dal personale con competenze amministrative, circostanza questa che sembra rispondere in modo diretto ed appropriato alle esigenze di carattere burocratico che spesso sono parte importante del processo di costruzione e gestione dei progetti.

Grafico E18 – Professionisti coinvolti nelle buone prassi integrate per Ente di appartenenza



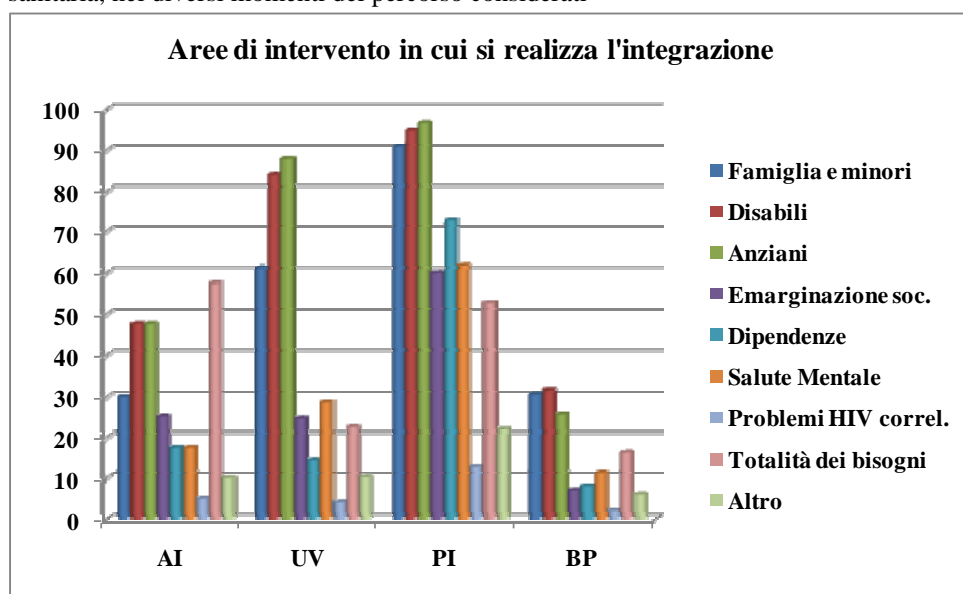
Nell'ambito delle buone prassi si evidenzia infine una situazione di una maggior diffusione delle figure professionali operanti presso – o, in caso di esternalizzazione, per conto de – l'ente locale¹³⁸ e la conseguente più elevata presenza di professionalità di natura socio-educativa o relazionale (soprattutto educatori ma anche animatori, operatori di strada, orientatori, mediatori culturali).

¹³⁸ La rilevanza di questo elemento va anche al di là del dato quantitativo se si consideri che agli intervistati (tutti dipendenti A.S.L.) è stato chiesto di indicare e descrivere quelle che – a loro giudizio – erano le due buone prassi più interessanti, significative o innovative nel campo dell'integrazione.

5.5. I destinatari dell'integrazione

Un aspetto del tema integrazione su cui certamente occorre soffermarsi è quello relativo alle aree di intervento nelle quali le attività socio-sanitarie trovano realizzazione. A tal fine è stata quindi condotta una ricognizione sul tipo di bisogno a cui essa tendenzialmente risponde, sulla incidenza che le varie tipologie di utenza hanno nelle diverse dimensioni del processo (accesso integrato, unità valutative, progetti) e sull'orientamento delle esperienze concrete che si possono considerare buone prassi.

Grafico E19 – Aree di intervento in cui si realizza maggiormente l'integrazione socio-sanitaria, nei diversi momenti del percorso considerati



Osservando i dati è possibile rilevare una serie di evidenze importanti. Si può anzitutto notare che i bisogni a cui le attività socio-sanitarie rispondono sono prevalentemente collocati nelle aree di intervento anziani, disabili e minori e famiglie. Tuttavia, le prime due appaiono presenti in modo costantemente consistente, mentre l'area minori e famiglie sembra essere posta al centro dei processi di integrazione soprattutto nell'ambito della dimensione progettuale e delle buone prassi – circostanza, questa, che in parte trova spiegazione nella esistenza di risorse finanziarie dedicate derivanti dalla L. 285/97. Una diffusione davvero modesta, invece, sembrano avere le azioni integrate in favore di persone con problemi correlati alla sindrome HIV. Le altre aree di intervento risultano infine

relativamente presenti in tutte le dimensioni del percorso dell'integrazione socio-sanitaria, sebbene con oscillazioni anche significative (la salute mentale con riscontri elevati nella dimensione della valutazione, le dipendenze in quella dei progetti). È infine interessante evidenziare la diversa rilevanza degli interventi/servizi dedicati alla totalità dei bisogni della popolazione nelle varie dimensioni del percorso: nell'accesso e nei progetti il dato percentuale è elevato (rispettivamente 57,5% e 52,7%), mentre negli altri momenti è decisamente più basso.

Provando a trarre dai dati qualche indicazione complessiva si può quindi segnalare che ciò che sembra emergere è principalmente la persistenza di una dualità di fondo, con le diverse aree d'intervento che restano in qualche modo appannaggio dei diversi attori impedendo di fatto un reale sviluppo dell'integrazione. Malgrado questo possa apparire piuttosto singolare, soprattutto in considerazione del fatto che da almeno 25 anni la convergenza interistituzionale tra le attività di rilievo sanitario e quelle socio-assistenziali dovrebbe essere un presupposto acquisito, il dato di realtà è infatti che l'aver per lungo tempo attribuito alle A.S.L. la competenza operativa su gran parte di tali aree ha infine favorito lo sviluppo di servizi che hanno accentrato nella sanità il nucleo prevalente del tema integrazione lasciando agli enti locali un ruolo sostanzialmente residuale. La presenza diffusa degli assistenti sociali nei servizi A.S.L. ha inoltre contribuito, con molta probabilità, a tale processo, creando nelle strutture e negli operatori sanitari una percezione di auto-completezza che certamente non favorisce i processi di integrazione.

5.6 Tra il dire e il fare

L'espressione "tra dire e fare" è solitamente impiegata per descrivere una situazione nella quale le parole non si sono tradotte in azioni e viene quindi utilizzata per sottolineare le circostanze in cui alle affermazioni non fanno seguito le relative implicazioni operative. La questione dell'integrazione socio-sanitaria nella regione Lazio, invece, si propone come un caso in cui al "dire" sembra aver corrisposto davvero un "fare" i cui tratti pratici sono però solo parzialmente coerenti con gli obiettivi di partenza dichiarati. Le evidenze della ricerca, in sostanza, mostrano un

modello segnato da contraddizioni, capace di funzionare nel suo complesso ma anche in netta difficoltà rispetto alla definizione di equilibri nuovi e più avanzati.

Osservando gli aspetti generali sin qui esaminati, infatti, la realtà laziale si presenta con le seguenti caratteristiche:

- ✓ una normativa regionale di riferimento abbastanza attrezzata che tuttavia si è completata quando il quadro si era in buona misura già definito senza peraltro contribuire in modo significativo ad una sua ulteriore evoluzione;
- ✓ una manifesta consapevolezza da parte degli attori istituzionali coinvolti nella questione circa la necessità di attivare solidi e continuativi canali di collaborazione e cooperazione ma anche una evidente difficoltà a tradurre tale aspirazione in prassi concrete;
- ✓ una tendenza a dare consistenza formale piuttosto che sostanziale ai processi di costruzione integrata degli strumenti di programmazione delle attività socio-sanitarie, processi in cui di fatto si ripropone una separatezza che negli auspici di tutti dovrebbe essere superata;
- ✓ una evidente sanitarizzazione di molti ambiti e processi dell'integrazione che, a dispetto di impegni ed esigenze di diverso tipo, si riscontra facilmente considerando le professionalità a cui la gestione del tema è affidata;
- ✓ la ridotta incidenza che l'azione degli Enti Locali riesce ad avere nella effettiva definizione dei percorsi dell'integrazione e nella loro implementazione anche attraverso l'apporto di figure professionali tipicamente sociali.

6. L'integrazione socio-sanitaria nel percorso dell'utente nei servizi

Una delle possibili chiavi di lettura dell'integrazione – in particolare in un'ottica di tipo personalistico – capace di dare maggiore “concretezza” all'itinerario di ricerca, è costituita dall'analisi di come la stessa si realizzi nei tre momenti maggiormente significativi del percorso dell'utente all'interno dei servizi: l'accesso; la valutazione e presa in carico; l'intervento. Riguardo a questo ultimo momento si è ritenuto necessario, per meglio delimitare il campo d'indagine, focalizzare l'analisi sui progetti integrati e su alcune buone prassi, scelte dagli intervistati in quanto ritenute particolarmente qualificanti, interessanti e/o innovative.

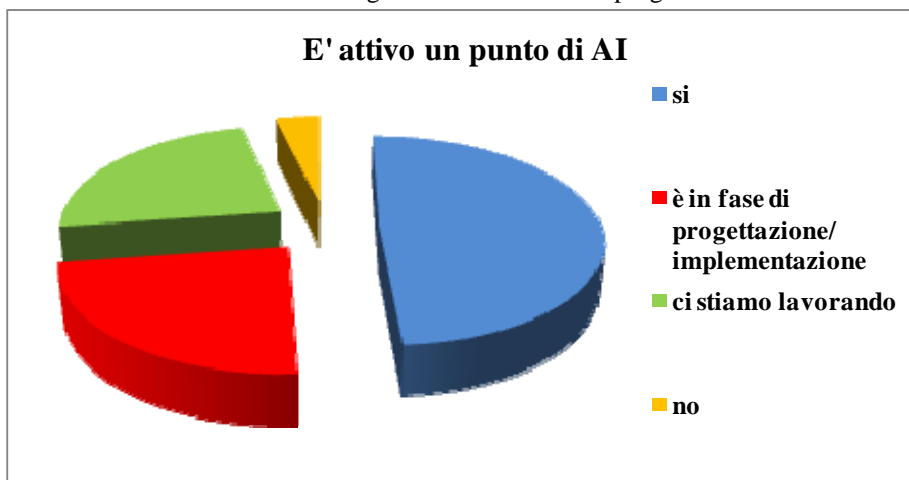
6.1. L'integrazione nell'accesso ai servizi

Si è visto precedentemente come la normativa regionale, dal 2007 in poi, abbia posto tra gli obiettivi principali delle A.S.L., ed in particolare dei distretti, la realizzazione di Punti Unici di Accesso socio-sanitari (anche se, si ricorderà, pur parlando di punti *unici*, in altra parte della normativa si specifica che non deve trattarsi “necessariamente di un luogo fisico, ma di una modalità di approccio ai problemi dell'utenza e di interfaccia con la rete dei servizi”). Nell'analisi del livello di integrazione in tale momento del percorso dunque, pur non stimando opportuno sovrapporsi completamente al dettato normativo, si è ritenuto necessario tenerne conto, per coglierne, per quanto possibile, l'impatto sulla operatività.

6.1.1. La diffusione dei punti di accesso integrati

Un primo dato da indagare ha riguardato la diffusione dei punti di accesso integrati nell'ambito del territorio regionale; nel grafico F1 se ne può osservare la distribuzione nei 55 distretti.

Grafico F1 – Punti di accesso integrato attivi o in fase di progettazione

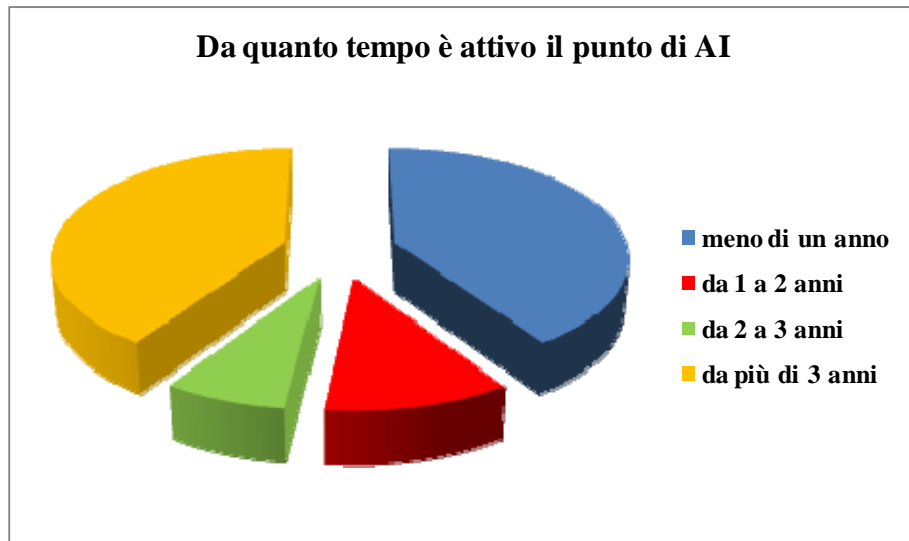


Dal grafico emerge come i punti di accesso integrati siano attivi in circa metà dei distretti, mentre nell'altra metà le frequenze di risposta si suddividono equamente tra le aree in cui è in fase di progettazione o implementazione, e quelle in cui – al momento dell'intervista – non c'era sostanzialmente una previsione di attivazione.¹³⁹ Vale la pena di precisare che in 5 distretti è stata segnalata la presenza di un secondo punto di accesso integrato (in 4 di essi, attivo da meno di un anno, nel quinto ancora in fase di progettazione); si tratta per lo più di realtà in cui il punto di accesso indicato come "principale", relativamente al quale sono state fornite le informazioni richieste, è attivo da diverso tempo, ed al quale è stato affiancato (oppure si è evoluto nel) P.U.A. previsto dalle norme regionali.

Un ulteriore elemento di analisi è costituito dal periodo di attivazione dei punti di accesso – aspetto che permette di cogliere ciò che preesisteva certamente alla norma e ciò che invece ha ricevuto da essa la sua spinta propulsiva; i risultati emersi, relativamente ai punti di accesso operativi, sono osservabili nel grafico F2.

¹³⁹ Per cercare di differenziare chiaramente le modalità di risposta, sia in questo ambito che successivamente per le Unità Valutative, la prima modalità diceva "è in fase di progettazione o implementazione, e se ne prevede l'attivazione approssimativamente per ...", e la seconda "ci stiamo lavorando, ma non siamo ancora in grado di definire quando sarà attivato", sostanzialmente sovrapponibile al "no".

Grafico F2 – Da quanto tempo è attivo il punto di accesso integrato



È interessante osservare la forte polarizzazione tra i punti di accesso integrati attivi da meno di un anno e quelli attivi da più di tre.

Come si ricorderà, infatti, le due normative che danno impulso ai P.U.A. sono la prima del giugno 2007 e la seconda (ancora più cogente) del settembre 2008, e le interviste sono state effettuate nel periodo giugno-dicembre 2009; considerati dunque i tempi di progettazione ed implementazione richiesti da un servizio del genere, è ragionevole pensare che complessivamente gli accessi attivi da meno di un anno siano da imputarsi alla normativa.

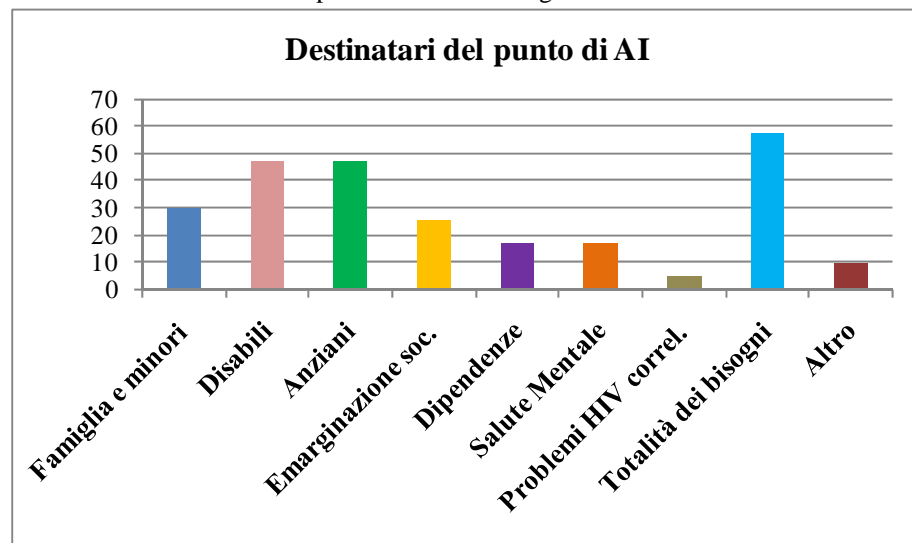
Particolarmente rilevante appare poi il dato dei punti di accesso attivi da più di tre anni (e in diversi casi, secondo il commento degli intervistati, da molto più tempo): segno di realtà consolidate, le cui esperienze potrebbero anche aver fatto da volano per l'evoluzione della normativa stessa.

La distribuzione per macroaree territoriali vede una maggior percentuale di punti di accesso attivi all'interno di Roma città, dove si avvicina ai 2/3 dei distretti, leggermente inferiore nelle altre province, dove si attesta intorno al 57%, e decisamente più modesta nell'area della provincia di Roma, dove solo in 1/4 dei distretti è attivo un punto di accesso, ed in circa il 40% è in fase di progettazione o implementazione.

6.1.2. I destinatari dell'accesso socio-sanitario integrato

Questo aspetto, già sinteticamente richiamato nel cap. precedente, merita qui un approfondimento ulteriore. Il grafico F3 riporta le percentuali in cui ciascuna delle tipologie di destinatari/bisogni è stata indicata (era possibile indicare più modalità di risposta, al limite anche tutte) là dove il punto di accesso era attivo o in fase di progettazione.

Grafico F3 – Destinatari del punto di accesso integrato



Il punto o servizio di accesso integrato, unico o unitario che sia, sembrerebbe, per sua stessa definizione, doversi rivolgere alla totalità dei bisogni della popolazione; ma, come si è visto nel cap. 4, la normativa su tale aspetto presenta non poche contraddizioni. La realtà operativa in questo senso – anche se in molti casi ha preceduto temporalmente le norme – sembra rispecchiarle abbastanza fedelmente: e dunque vediamo nel grafico che certamente la totalità dei bisogni, con il 57,5%, è la modalità di risposta che ha avuto più adesioni, ma non in modo tale da rendere poco significative tutte le altre; addirittura in alcune realtà distrettuali la totalità dei bisogni è stata indicata *insieme* ad altre risposte. Le altre aree di bisogno cui maggiormente si rivolgono i punti di accesso integrati sono, come emerge dal grafico, i disabili e gli anziani, con una percentuale di scelte del 47,5%; dato che sale al 55% qualora si accorpino a ciascuna di queste aree le risposte inserite in “altro” con la specificazione “non autosufficienza” o “fragilità” (l’ulteriore specificazione, nella voce “altro”, è

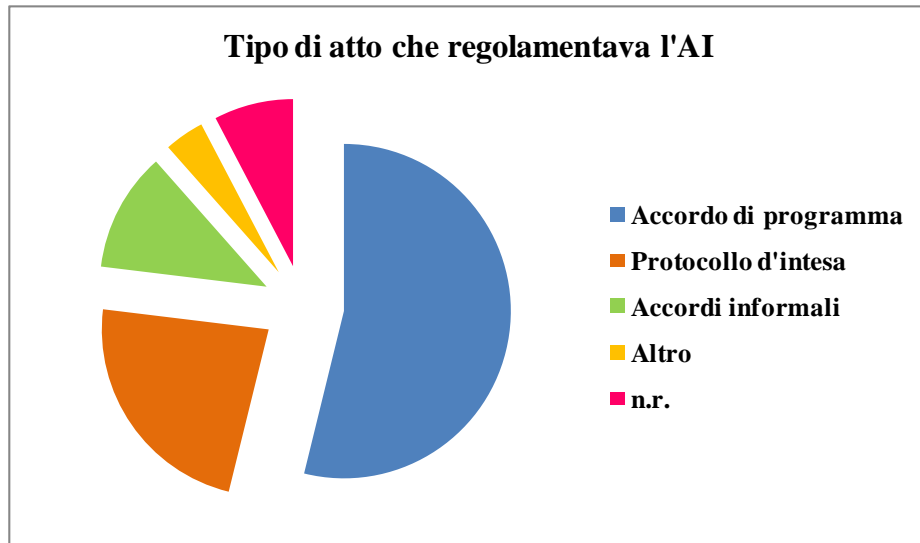
costituita in questo caso dagli immigrati); anche qui, la realtà rispecchia l'andamento delle normative.

Se si mette a raffronto la tipologia di bisogni cui il punto di accesso si rivolge con i tempi di operatività si trova una ulteriore conferma a quanto già emerso: da un lato infatti nei punti di accesso in fase di progettazione/implementazione troviamo una percentuale di scelte "totalità della popolazione" pari all'84% (ben superiore quindi al 57,5% di scelte sul totale dei punti di accesso); dall'altra troviamo un'altra forte polarizzazione su disabili ed anziani tra i punti di accesso operativi da meno di un anno, con il 72% di scelte per entrambi, a fronte del 47,5% nella totalità dei punti di accesso. Sembra dunque confermarsi, negli accessi più recenti – e dunque presumibilmente più influenzati dalle norme regionali – questa doppia polarizzazione presente nelle norme stesse, che se da un lato parlano di punto unico rivolto a tutta la popolazione, dall'altra vi individuano una corsia preferenziale per disabili ed anziani.

6.1.3. Gli strumenti di coordinamento tra A.S.L. ed enti locali

Un elemento interessante da esplorare, nell'analisi del livello istituzionale dell'integrazione, è la tipologia degli strumenti utilizzati per gli accordi tra gli enti coinvolti; ma in questo caso si è dovuto fare un distinguo preliminare tra i punti di accesso realizzati prima e dopo la normativa relativa ai P.U.A. Quest'ultima prevedeva infatti che i rapporti tra A.S.L. ed enti locali dovessero essere regolamentati dai protocolli d'intesa; e dunque, sui punti di accesso nati successivamente, era presumibile che il dato sull'utilizzo degli strumenti di coordinamento risultasse indirizzato da tale prescrizione. L'analisi degli strumenti di coordinamento, osservabile nel grafico F4, si riferisce dunque ai punti di accesso progettati precedentemente alla specifica norma regionale.

Grafico F4 – Tipo di atto che regolamentava l'accesso integrato progettato prima delle apposite norme regionali



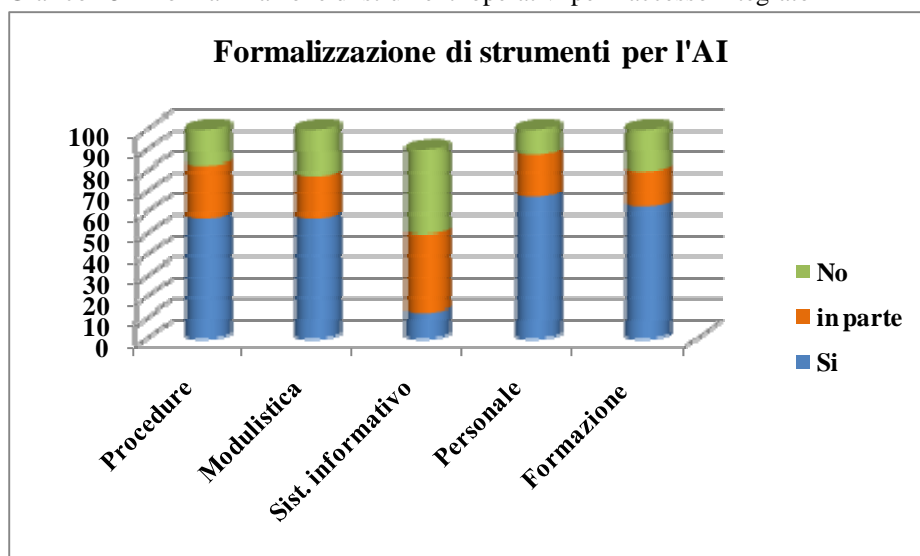
Dal grafico si rileva come lo strumento maggiormente utilizzato prima della normativa regionale fosse, in generale, l'accordo di programma, seguito dal protocollo d'intesa; si osserva anche una presenza rilevante degli accordi informali – piuttosto significativa dato che si fa riferimento a punti di accesso operativi da oltre un anno; nella voce “altro” sono infine presenti i protocolli operativi.

Appare interessante evidenziare anche che tale prospetto si modifica in maniera rilevante analizzando il dato disaggregato per aree territoriali: all'interno della città di Roma vi è una sostanziale equivalenza tra accordo di programma, protocollo d'intesa ed accordi informali; nel resto della regione invece si nota globalmente una forte prevalenza (pari al 73%) degli accordi di programma, e la totale assenza di accordi informali. Tale osservazione conferma la tendenza già vista, nel cap. precedente, relativamente agli altri due momenti; entrambi gli elementi (forte utilizzo, al di fuori di Roma, degli accordi di programma ed assenza degli accordi informali) sembrano cioè rafforzare l'idea di una maggiore vitalità “dal basso” nella città di Roma, con l'utilizzo di accordi operativi, là dove invece nelle province è prima di tutto necessario l'utilizzo di accordi ad ampio spettro, che innanzi tutto colleghino tra loro le diverse amministrazioni. Interessante infine appare lo “spostamento” operato dalla normativa regionale, che a fronte di un maggiore utilizzo di uno strumento a carattere più generale (l'accordo di programma) indirizza invece verso i più duttili ed operativi protocolli d'intesa.

6.1.4. Gli strumenti operativi per l'accesso integrato

Un ultimo elemento interessante da analizzare per cogliere come viene realizzata l'integrazione nell'accesso ai servizi sono gli strumenti che, da un punto di vista organizzativo e professionale, vengono messi in campo. Nei questionari era stato perciò chiesto di indicare – qualora il punto di accesso fosse operativo o in fase di progettazione – il grado di formalizzazione¹⁴⁰ delle procedure e della modulistica per l'accoglienza integrata, di un sistema informativo/banca dati condiviso, dell'assegnazione e della formazione congiunta del personale. Nel grafico F5 sono evidenziati i dati emersi.

Grafico F5 – Formalizzazione di strumenti operativi per l'accesso integrato



Dal grafico emerge come il tema del personale dedicato sia probabilmente il primo ad essere affrontato in questi casi: sommando infatti le risposte “sì” ed “in parte”, si ha una percentuale di quasi il 90% dell'assegnazione di personale, e dell'80% di processi di formazione congiunta degli operatori; riguardo l'assegnazione c'è da dire che, secondo i commenti liberi degli intervistati, si tratta nella maggior parte dei casi di personale già operante presso gli enti coinvolti, che

¹⁴⁰ Parlando anche di punti di accesso in fase di progettazione, si è ritenuto opportuno formulare la domanda mirando a cogliere *almeno* il grado di formalizzazione degli strumenti – il che non implica automaticamente che siano stati effettivamente attivati; nella maggioranza dei casi però i commenti liberi esplicitavano che si trattava di strumenti già operativi.

dedica una parte del suo tempo all'accoglienza integrata, e solo in minima parte gli enti hanno investito in nuovo personale da dedicare specificamente a tale funzione.

Dai dati si rileva inoltre un discreto livello di formalizzazione delle procedure e della modulistica integrata, aspetti anch'essi fondamentali per la buona riuscita dell'accoglienza; decisamente poco diffusa appare invece l'implementazione di un sistema informativo/banca dati condiviso¹⁴¹ tra i diversi enti. Quest'ultimo è un aspetto certamente complesso, poiché spesso esistono nei singoli servizi delle banche dati (sia degli utenti in carico che delle risorse), ma difficilmente riescono ad entrare in contatto tra loro. Un elemento che non aiuta in tal senso è la difficoltà di conciliare la trasmissione dei dati (in particolare degli utenti seguiti) tra servizi diversi e la tutela dei dati personali (la c.d. *privacy*); difficoltà talvolta appesantita da un'interpretazione – per lo più, a parere di chi scrive, eccessivamente restrittiva – della normativa in merito: che pone indubbiamente dei vincoli, ma lascia aperte una serie di possibilità per lavorare insieme nell'interesse delle persone, in particolare a quegli enti e servizi che hanno, per loro stessa definizione, l'obiettivo del pubblico interesse.

6.2. L'integrazione nella valutazione e presa in carico

Come l'accesso, anche il tema della valutazione finalizzata ad una migliore presa in carico delle persone che accedono ai servizi è stato negli ultimi anni regolamentato dalle norme regionali; e dunque si è ritenuto opportuno anche in questo caso indagare su eventuali cambiamenti dalle stesse introdotti o comunque suscitati, distinguendoli da quanto era invece preesistente.

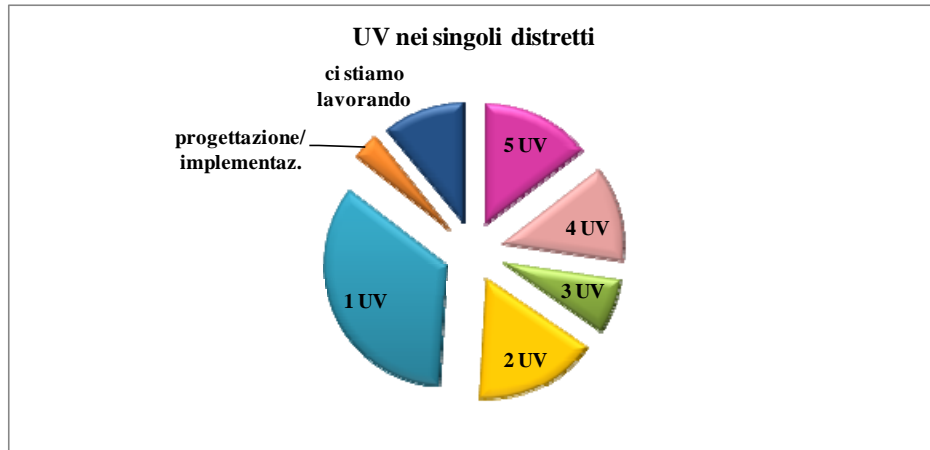
6.2.1. La diffusione delle unità valutative integrate

A differenza del punto di accesso integrato, nel gruppo di domande riguardanti le unità valutative si era prevista la possibilità di indicarne e descriverne

¹⁴¹ La colonna non raggiunge in questo caso il 100% perché, diversamente dagli altri aspetti analizzati, si rileva un 10% di non risposte.

sino a 5. Nel grafico F6 si può osservare la diffusione quantitativa delle unità valutative nei diversi distretti.¹⁴²

Grafico F6 – Distribuzione delle unità valutative integrate nei distretti

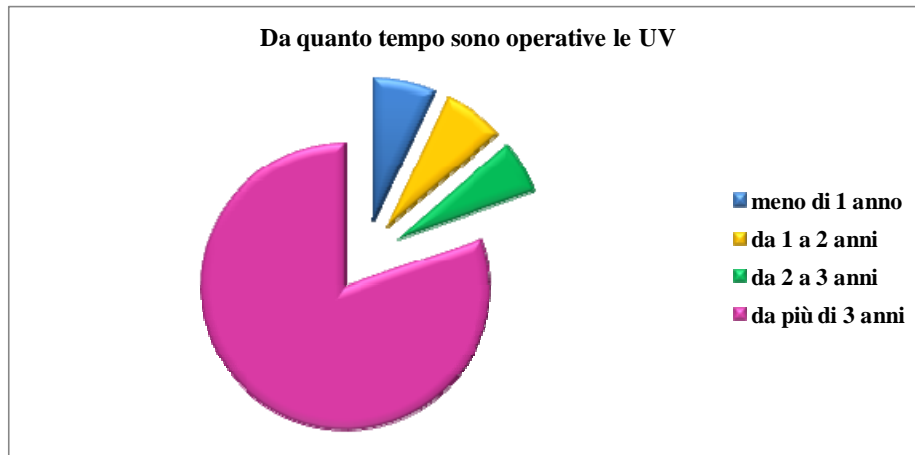


Dal grafico emerge come le unità valutative siano operative nella stragrande maggioranza dei distretti (solo in 2 di essi sono ancora in progettazione o implementazione, ed in 6 di fatto non vi sono); la distribuzione quantitativa si presenta variegata, con circa 1/3 dei distretti in cui è presente un'unica unità valutativa, e globalmente la metà dei distretti in cui ve ne sono da 2 a 5.

Un altro aspetto interessante da analizzare, anche in questo ambito, è quello dei tempi di operatività delle unità valutative, evidenziato nel grafico F7.

¹⁴² Per semplicità di lettura del grafico, le risposte “è in fase di progettazione/implementazione” e “ci stiamo lavorando, ma non sappiamo quando saranno attivate” sono state conteggiate solo nei distretti in cui non ve n'erano di operative; occorre dunque tener presente che, anche là dove ve ne sono di operative, in diversi casi ve ne sono di ulteriori in fase di progettazione.

Grafico F7 – Da quanto tempo sono operative le unità valutative integrate

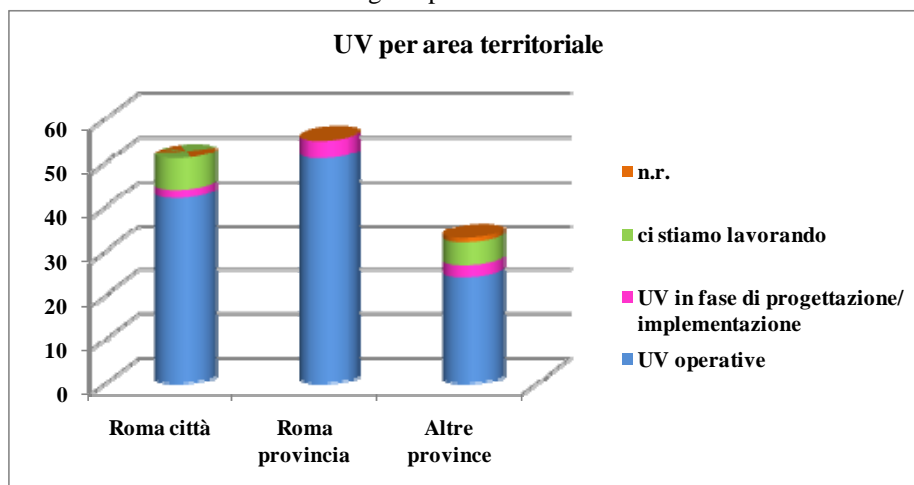


Nel grafico risalta con evidenza come – sul totale delle 117 unità valutative operative nel Lazio – ben l'80% lo sia già da più di tre anni (ed in molti casi, secondo i liberi commenti degli intervistati, anche da più tempo).

Questa prima fotografia che emerge dai dati evidenzia dunque una realtà consolidata nel tempo di relazioni tra operatori e tra servizi (anche se in una percentuale rilevante di casi – quasi 1/4 – si affida ancora ad accordi informali); relazioni che però sembrerebbero essersi instaurate secondo logiche di specializzazione settoriale, se in circa metà dei distretti esiste più di una unità valutativa.

Un ulteriore elemento interessante sulla diffusione delle unità valutative è la loro distribuzione per aree territoriali, illustrata nel grafico F8.

Grafico F8 – Unità valutative integrate per area territoriale



Nel grafico – data la possibilità di indicare più di una unità valutativa per ciascun distretto – vengono presentati i dati assoluti relativi alle unità valutative presenti nelle diverse aree territoriali;¹⁴³ dall'osservazione emergono alcune conferme ma anche delle novità.

Le conferme si possono rintracciare nella vitalità dell'area romana, con una media di oltre 2 unità valutative per distretto, ed una maggiore difficoltà in tal senso delle province extraromane, con una media di poco superiore ad una unità valutativa per distretto; e ciò è coerente con la dispersione territoriale dei comuni che si rintraccia nelle province, e con quanto emerso precedentemente circa l'utilizzo degli strumenti di coordinamento istituzionale. Il dato di novità è invece costituito dalla provincia di Roma: che presenta, almeno in alcune aree, caratteristiche territoriali e demografiche simili alle altre province (particolarmente nella A.S.L. Roma G ed in parte della Roma F), ma che – contrariamente a quanto visto in relazione al punto di accesso – mostra in questo ambito una particolare vivacità, con una media di unità valutative per distretto pari a 3.

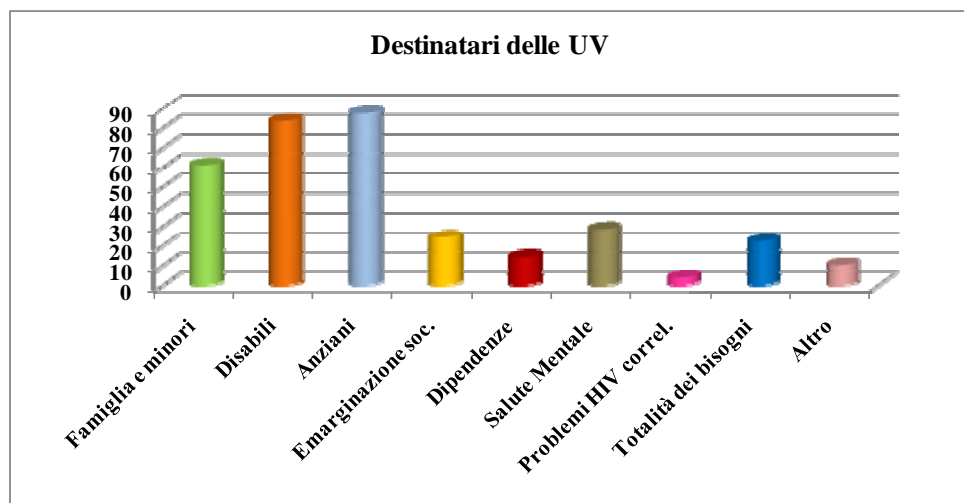
6.2.2. I destinatari delle unità valutative integrate

Il tema dei destinatari è stato rilevato, in questo momento del percorso dell'utente, con due diversi livelli di approfondimento; nel questionario veniva

¹⁴³ La distribuzione dei distretti nelle singole aree è abbastanza omogenea (19 distretti ciascuno per Roma città e per le altre province, 17 per la provincia di Roma), e dunque in questo caso il rischio di uno sbilanciamento dovuto alle differenze numeriche dei distretti può considerarsi minimo.

dapprima posta una domanda a carattere generale su quali fossero i bisogni/utenti a cui erano rivolte, globalmente, le unità valutative (e ciò era valido anche per la singola unità valutativa, qualora ve ne fosse una sola); successivamente, nei casi in cui ne erano presenti due o più, si chiedeva di indicare, attraverso un'apposita griglia, le informazioni relative alle singole unità, compreso l'ambito di intervento. Gli elementi più significativi sono evidenziati nei grafici seguenti.

Grafico F9 – Destinatari delle Unità Valutative



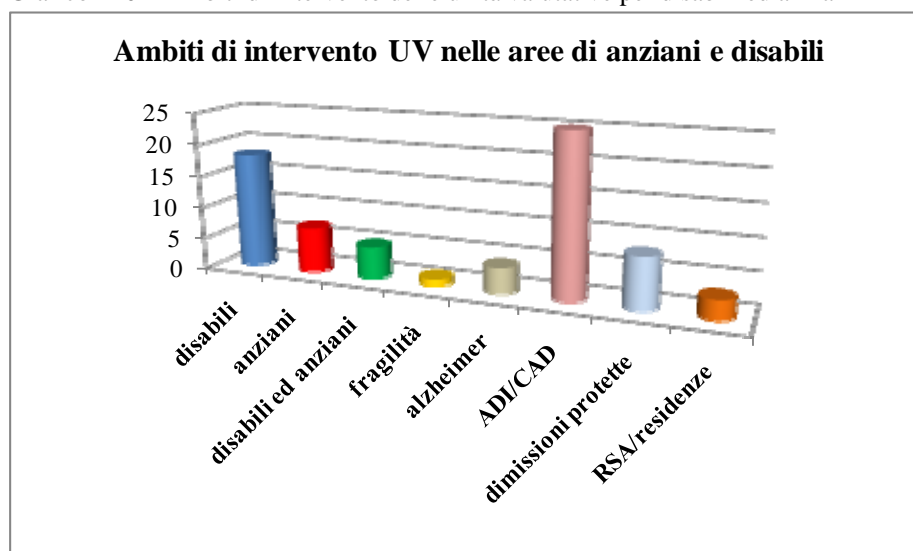
Il grafico F9 mostra le aree di bisogni/utenti cui sono rivolte globalmente le unità valutative integrate, e risulta immediatamente evidente come ci sia un'alta copertura negli ambiti di famiglia e minori, disabili ed anziani, ed invece decisamente scarsa per tutte le altre aree.

Riguardo a famiglia e minori si riscontra una percentuale di scelte intorno al 60% (con una diffusione abbastanza omogenea nelle diverse aree territoriali), che pur non presentandosi alta come per i disabili e gli anziani è comunque significativa, considerando che anche in questo ambito si conferma un cospicuo tasso di unità valutative operative da molto tempo. Si tratta, nella grande maggioranza, di gruppi di lavoro integrati tra A.S.L. ed enti locali in cui la valutazione concerne non soltanto l'accesso ai servizi, ma anche e soprattutto la predisposizione di interventi in favore di minori in difficoltà, su mandato o in collaborazione con l'Autorità Giudiziaria; talvolta le unità valutative integrate sono finalizzate alla prevenzione e/o alla rilevazione precoce di situazioni di disagio.

Osservando il dato relativo alle aree della disabilità e della terza età – considerando che anche qui le UV sono attive da diverso tempo – verrebbe da dire che in questo caso l'operatività sia stata precorritrice rispetto alle recenti norme regionali in materia di valutazione multidimensionale. Ciò è vero, se ci si riferisce all'utilizzo di specifici strumenti valutativi, che, seppure in maniera sperimentale e con una distribuzione "a macchia di leopardo", erano stati sperimentati già da diversi anni; ma occorre rilevare che diverse normative di settore avevano, nel tempo, sollecitato servizi ed operatori a trovare modalità di coordinamento.¹⁴⁴

Soffermandoci ulteriormente su queste ultime aree appare interessante scendere al secondo livello di approfondimento, relativo agli ambiti specifici di ciascuna unità valutativa operativa o in progettazione; poiché in questo caso le modalità di risposta sono molto diversificate, e comunque non aggiungono informazioni utili relativamente alle altre aree, si è scelto di riportare nel grafico F10 solo le tipologie direttamente riferite o comunque riconducibili alle aree dei disabili e degli anziani.

Grafico F10 – Ambiti di intervento delle unità valutative per disabili ed anziani



¹⁴⁴ In questa sede appare utile ricordare, in particolare, la L. R. 2/12/1988, n. 80 (*"Norme per l'assistenza domiciliare"*), istitutiva dei Centri di Assistenza Domiciliare all'interno delle allora U.S.L.

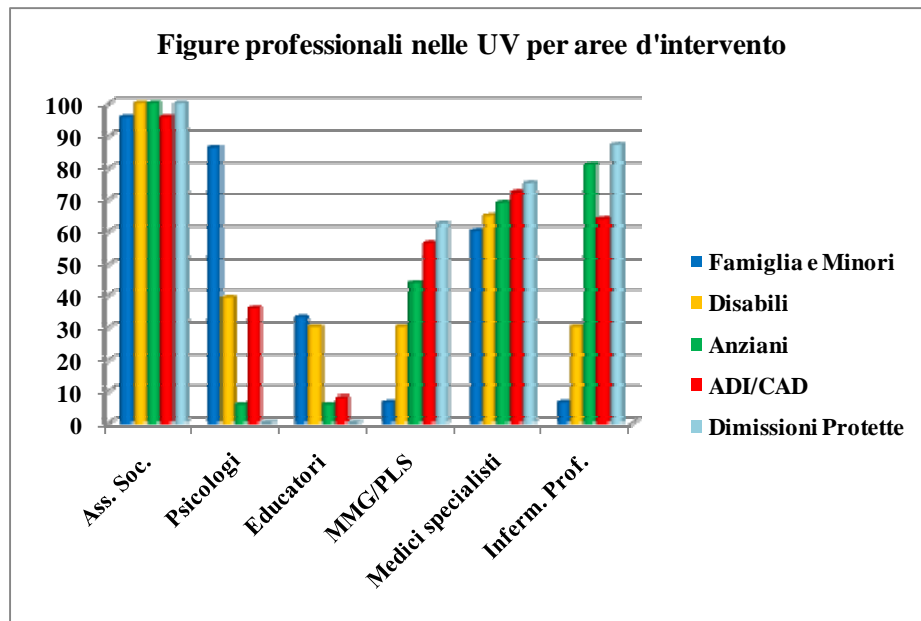
Le aree di intervento riportate nel grafico coprono, nell'insieme, oltre il 56% degli ambiti delle unità valutative indagate.¹⁴⁵ Appare interessante osservare non solo il livello di specializzazione presente, ma anche il punto di partenza, per così dire: nelle ultime tre aree questo è costituito non dalla tipologia dell'utente e/o dal suo bisogno, ma dal servizio o dall'attività che viene posta in essere per rispondervi; ciò è particolarmente rilevante nel caso dell'assistenza domiciliare, che tra l'altro presenta le maggiori frequenze di risposta, e sembrerebbe rafforzare l'idea di un processo di integrazione che nasce dall'interno dei servizi, tra le équipes di operatori.

6.2.3. Le figure professionali operanti nelle unità valutative integrate

Si è visto nel cap. precedente come, della molteplicità di figure professionali operanti presso i servizi sociali e sanitari, ve ne siano alcune maggiormente presenti nelle unità valutative; nei grafici seguenti verranno dunque analizzate in maniera più approfondita, osservandone le frequenze in relazione agli ambiti di intervento ed alla distribuzione per aree territoriali.

¹⁴⁵ Si è scelto di non accorpare le categorie espresse dagli intervistati, anche là dove hanno una scarsa consistenza numerica, per due ordini di motivi: in alcuni casi, perché ciò era sostanzialmente impraticabile (la "fragilità" può comprendere sia anziani che disabili), oppure rischiava di falsare il dato (l'ADI/CAD, ovvero l'assistenza domiciliare integrata, non è univocamente rivolta, in tutti i distretti, ad una o ad entrambe le realtà); più in generale, tendeva, per così dire, a rendere meno precisa l'immagine, la configurazione di *quella* particolare unità valutativa (che se si rivolge ad esempio alle persone con Alzheimer, è specifica per tale problematica, e non si occupa di tutti gli anziani).

Grafico F11 – Figure professionali operanti nelle unità valutative per ambiti di intervento



Nel grafico F11, per non rendere dispersiva la lettura, sono state riportate le frequenze di risposta relative alle figure professionali ed agli ambiti di intervento maggiormente rappresentati. Dall'analisi emerge come assistenti sociali e – in misura minore – medici specialisti siano presenti in modo consistente ed omogeneo rispetto alle diverse aree di intervento, mentre per le altre figure professionali si possono osservare interessanti differenze.

Gli psicologi sono infatti la seconda figura maggiormente presente nell'area famiglia e minori, ma dimezzati come frequenze nell'area disabili e nell'assistenza domiciliare, e praticamente assenti nell'area anziani e nelle dimissioni protette.

Per gli educatori si rileva invece una discreta presenza negli ambiti di famiglia e minori e disabili, e scarsa o nulla negli altri; tale dato è per certi versi abbastanza scontato nel primo caso, nel secondo può essere dovuto in parte al fatto che tra i disabili vi sono persone di tutte le età (e quindi, anche minori), in parte ad una tradizione di forte presenza di educatori professionali, almeno nell'area romana, nei servizi municipali a favore dei disabili.

I pediatri appaiono decisamente poco coinvolti nelle unità valutative, mentre la presenza dei medici di medicina generale sale progressivamente nelle altre aree, con una frequenza significativa nei servizi rivolti, in vario modo, all'assistenza domiciliare (ADI e dimissioni protette); anche se su questo particolare aspetto in

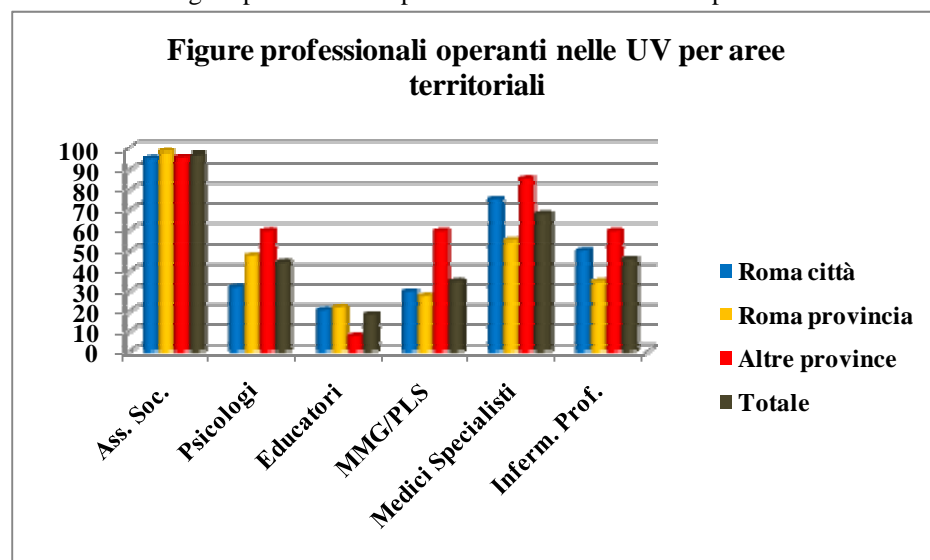
molti casi i liberi commenti degli intervistati hanno sottolineato la difficoltà di un coinvolgimento reale e continuativo di tali professionisti.

Gli infermieri professionali, infine, sono fortemente presenti nell'area anziani e nei servizi di assistenza domiciliare, decisamente meno nelle altre.

La tendenza che sembrerebbe potersi osservare è quella di una minore “sanitarizzazione” nell'ambito della famiglia e minori – in cui l'unica figura sanitaria presente è il medico specialista (solitamente, il neuropsichiatra infantile) rispetto alle altre aree.

Un ulteriore approfondimento sulle figure professionali coinvolte è dato dall'analisi della distribuzione per aree territoriali, evidenziata nel grafico F12.

Grafico F12 – Figure professionali operanti nelle unità valutive per aree territoriali



Anche in questo caso la presenza degli assistenti sociali si avvicina al 100% in tutte le realtà, confermando il ruolo centrale di questa figura professionale nelle unità valutive.

La diffusione degli altri professionisti è invece maggiormente variegata, con un dato particolarmente interessante sulle province extra-romane, che vantano – a fronte di una minore diffusione delle unità valutive – una presenza più nutrita di figure professionali; tendenza a cui fanno eccezione unicamente gli educatori, con una presenza, in questa area territoriale, decisamente scarsa. Altro elemento di un

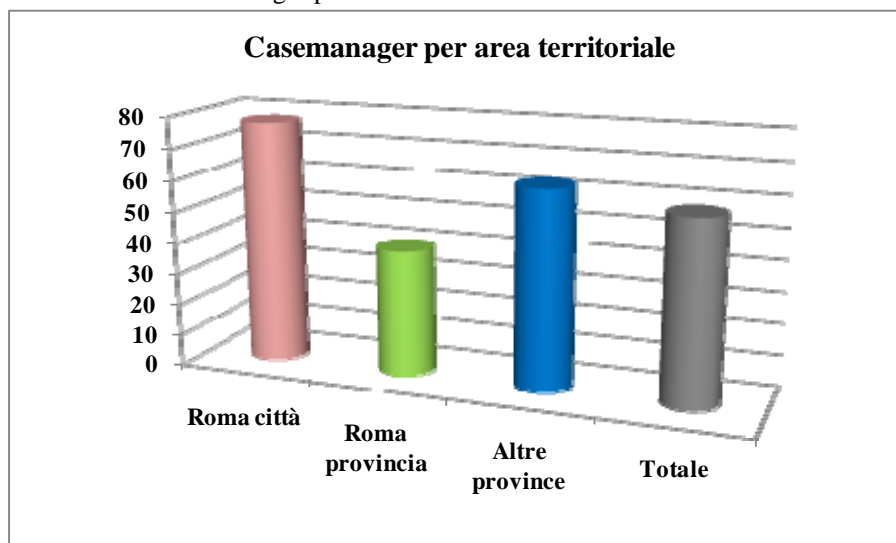
certo interesse che sembra emergere dai dati è una minore incidenza, nell'area della provincia di Roma, delle figure più propriamente sanitarie – medici specialisti ed infermieri in particolare.

6.2.4. Il casemanager

Un ultimo aspetto da indagare circa l'integrazione nella fase di valutazione e presa in carico è la previsione (o la mancanza) del casemanager, ovvero di quella funzione – ricoperta, vedremo, da diversi professionisti – che si occupa di tenere le fila del coordinamento tra i diversi operatori.

Nel grafico F13 è possibile osservare i dati relativi alla previsione della presenza di casemanager nelle unità valutative operative o in progettazione, disaggregati per area territoriale.

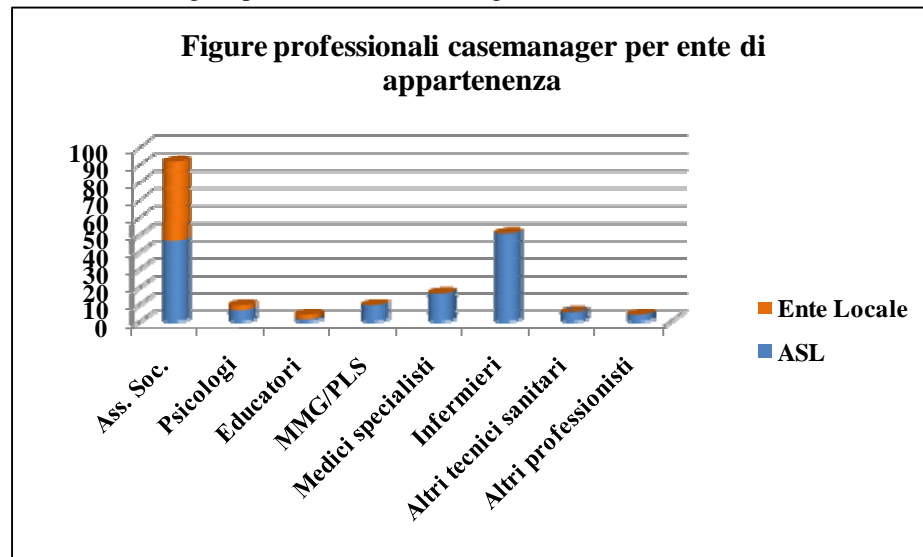
Grafico F13 – Casemanager per area territoriale



Il dato globale evidenzia che in poco più della metà delle unità valutative è prevista la figura del casemanager; la distribuzione territoriale mostra invece differenze abbastanza marcate, in particolare tra l'area di Roma e la relativa provincia, in cui si osserva un sostanziale dimezzamento rispetto alla capitale; nelle altre province c'è un riallineamento al dato generale.

Un approfondimento sulle caratteristiche di tale funzione è costituito dall'analisi dei professionisti chiamati a ricoprirla, osservabile nel grafico F14.

Grafico F14 – Figure professionali casemanager



Il grafico riporta le percentuali di risposte relative ai diversi professionisti, a seconda dell'ente di appartenenza; la relativa domanda, inizialmente pensata con un'unica possibilità di risposta, ha poi invece accolto più risposte, in considerazione della eventualità che – come esplicitato anche da molti degli intervistati – il ruolo di casemanager non sia ricoperto, all'interno di ciascuna una unità valutativa, da una sola figura professionale, ma che questa venga scelta di volta in volta a seconda del bisogno prevalente nella persona cui l'intervento si rivolge.

Il dato che emerge comunque, in maniera decisamente inequivocabile, è che a ricoprire tale ruolo siano sostanzialmente gli assistenti sociali (i quali, sommando la presenza nella A.S.L. e nell'ente locale, possono esservi chiamati in oltre il 90% dei casi) e gli infermieri, in circa la metà delle unità valutative. È interessante notare come si tratti, in entrambi i casi – ed in particolare per l'infermiere, se considerato in relazione alle figure mediche – di professionisti considerati più “vicini” alle persone, con ruoli maggiormente operativi, e di norma non collocati nei livelli dirigenziali; aspetto quest'ultimo che potrebbe costituire una criticità nel coordinamento degli altri operatori, in relazione al livello di effettivo riconoscimento di tale ruolo.

6.3. L'integrazione nelle buone prassi

L'ultimo momento del percorso dell'utente indagato attraverso il questionario è quello dell'intervento socio-sanitario, in cui si svolge buona parte del lavoro dei servizi e degli operatori; è spesso la fase temporalmente più lunga, nella quale è fondamentale la tenuta di tutti e tre i livelli dell'integrazione per garantire un buon percorso di aiuto e sostegno integrato alle persone in difficoltà che ai servizi si sono rivolte.

Tale momento è stato indagato dapprima con una parte introduttiva generale sui progetti integrati, e poi con la descrizione di due buone prassi per ogni distretto, scelte dagli intervistati.

I risultati relativi ai progetti sono stati già introdotti nel cap. precedente, attraverso una serie di grafici; trattandosi di un insieme di attività spesso tra loro eterogenee, il dato complessivo che ne emerge è quello di una presenza forte, o comunque molto rilevante, di quasi tutti gli operatori indicati – tranne i pedagogisti – e di una buona copertura delle aree di intervento/destinatari: intorno al 90% dei distretti per famiglia e minori, disabili ed anziani; tra il 60 ed il 70% per emarginazione sociale, dipendenze e salute mentale; intorno al 50% per la totalità dei bisogni, e – unico dato veramente scarso – solo il 10% per le problematiche legate alla sindrome HIV. Le attività relative ai progetti integrati vengono regolate, dal punto di vista degli accordi interistituzionali, con una forte prevalenza dagli accordi di programma nelle aree extraromane; nella città di Roma c'è invece un utilizzo più frequente del protocollo d'intesa rispetto all'accordo di programma, ed un uso significativo di accordi informali (in circa il 10% dei distretti).

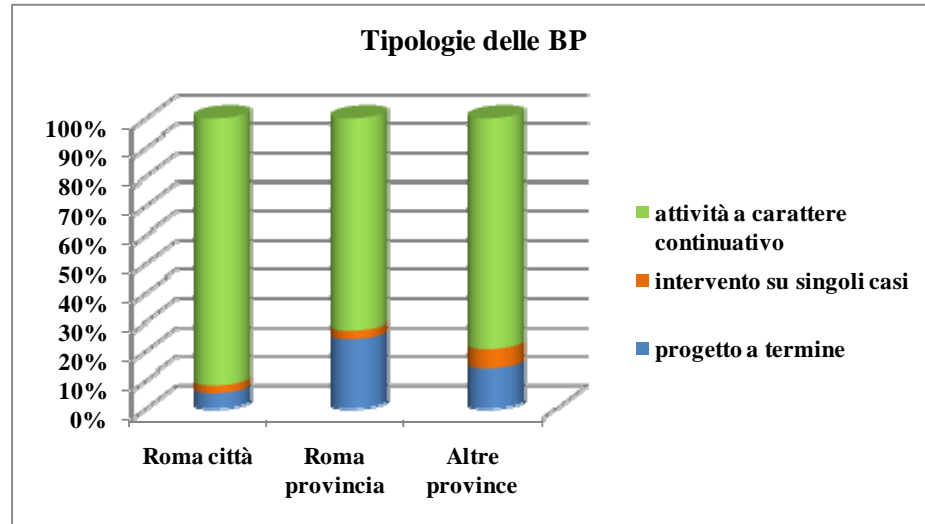
Relativamente alle buone prassi vi sono ulteriori elementi di interesse, sui quali si soffermerà la seguente analisi.

6.3.1. Tipologia delle iniziative

La sezione del questionario rivolta ad indagare le buone prassi prevedeva la descrizione di due iniziative per ogni distretto; in alcune realtà però gli intervistati ne hanno individuata una sola – o talvolta nessuna – per un totale di 98 buone prassi analizzate.

L'esposizione delle singole iniziative scelte dagli intervistati chiedeva innanzi tutto di indicarne la tipologia, in riferimento alla temporalità ed alla specificità degli interventi. Il grafico F15 mostra i dati relativi, disaggregati per aree territoriali.

Grafico F15 – Tipologia delle buone prassi per area territoriale



Il dato mostra un'assoluta prevalenza delle attività a carattere continuativo in tutte le aree territoriali, ed in particolare nell'area romana, dove superano il 90% delle prassi indicate, mentre nella provincia di Roma si rileva una maggiore presenza dei progetti a termine. Pur non potendo ritenere tali dati rappresentativi dell'intera realtà delle prassi integrate – trattandosi di due sole esperienze per distretto, e scelte con criteri assolutamente personali – è però presumibile che siano comunque rivelatori di una linea di tendenza, tale per cui anche quelli che nascono come progetti a termine nella grande maggioranza dei casi divengano successivamente attività "istituzionalizzate", a carattere continuativo.

Trattandosi di iniziative anche molto diverse tra loro, per poterne cogliere la realtà operativa il questionario lasciava uno spazio aperto in cui descriverne i contenuti; quanto espresso in tale domanda aperta è stato poi successivamente ricondotto ad alcune tipologie, ed i risultati di tale operazione, disaggregati per aree territoriali, sono evidenziati nella tabella F16.

Tabella F16 – Tipologie delle buone prassi per area territoriale

Tipologie BP	Roma città	Roma provincia	Altre province
Accesso	12	2	2
Unità Valutative	1	1	1
Gruppi di lavoro integrati	3	3	2
Percorsi	3	1	3
Attività domiciliari	4	6	3
Attività semiresidenziali	4	7	6
Residenzialità	2	1	3
Attività a carattere preventivo	2	0	1
Progetti individualizzati	1	1	0
Accompagnamento al lavoro	2	2	0
Interventi a basso carico assistenziale	1	3	0
Azioni di sistema	0	3	4
Altro	1	3	4
Totali	36	33	29

Le prime due tipologie indicate in tabella non riguardano, evidentemente, attività relative al momento dell'intervento, ma sono riconducibili ai due temi analizzati in precedenza; è interessante comunque osservare come tali esperienze vengano riproposte in questa sede, a testimonianza della rilevanza ad esse attribuita. In particolare emerge il dato relativo ai servizi che, all'interno della realtà romana, si pongono come punto di accesso per i cittadini: non solo i P.U.A., previsti dalla normativa regionale (che costituiscono solamente 1/3 delle prassi segnalate), ma anche sportelli informativi, centri di ascolto, accessi integrati già esistenti prima della normativa.

Una tipologia che invece inizia ad interessare l'ambito della continuità degli interventi è quella dei gruppi di lavoro integrati; parte di essi erano stati indicati anche nelle unità valutative, perché in realtà riguardano, molto spesso, sia la valutazione e presa in carico che il successivo intervento. Si tratta di gruppi operativi nati, per la quasi totalità, o nell'ambito della collaborazione con i diversi Tribunali per la tutela dei minori, o nel settore scolastico, su sollecitazione della L. 104/92, per favorire l'inserimento degli alunni disabili; in entrambi i casi vedono la

partecipazione di professionisti non solo della A.S.L. e dell'ente locale, ma anche delle scuole, e spesso, nella funzione di ausilio alla magistratura minorile, anche delle Forze dell'Ordine. È poi da rilevare una piccola quota di gruppi operativi, nati dalla spinta dei professionisti, e rivolti ai diversi bisogni della popolazione di riferimento. La segnalazione di tali realtà in tutte le aree territoriali sembrerebbe indicare una linea di tendenza, ovvero il rilievo attribuito alle forme di cooperazione tra servizi ed operatori, sia a quelle "storiche" e maggiormente definite, anche da accordi interistituzionali, sia a quelle ancora nella fase più iniziale e spontaneistica.

Un'altra tipologia interessante è quella indicata con la denominazione "percorsi": si tratta di attività che si connotano per avere come proprio focus dei percorsi di intervento, o nell'ambito della continuità assistenziale (indicata dalle normative regionali più recenti come obiettivo specifico che le A.S.L. dovevano darsi), o comunque dedicati a specifiche categorie di bisogno (Alzheimer, S.L.A., ma anche vittime della tratta), prevedendo sempre una filiera di interventi, coordinati tra loro, per meglio seguire l'evoluzione delle singole problematiche.

La tabella presenta poi, in sequenza, i tre ambiti in cui si sviluppano gran parte degli interventi e servizi, rivolti a diverse tipologie di utenti e bisogni (dagli anziani ai disabili, dai minori alla salute mentale): le attività domiciliari, semiresidenziali e residenziali. Come si può notare, queste – ed in particolare le prime due – sono le tipologie globalmente più rappresentate nelle diverse aree territoriali, a testimonianza della loro diffusa presenza; differentemente dalle prassi indicate come "percorsi", qui l'accento viene posto su uno specifico ambito di intervento piuttosto che sul collegamento tra gli stessi. Alcune prassi propongono attività consolidate, altre maggiormente innovative o originali; tra queste ultime, merita segnalare: nelle attività domiciliari, interventi specifici per persone con problemi mentali, nati dalla collaborazione tra servizi sociali municipali e centri di salute mentale; nelle attività semiresidenziali, la messa in rete dei centri diurni disabili in un distretto provinciale, per cui l'accesso ai singoli centri non è limitato ai residenti in ciascun comune in cui ogni centro è ubicato, ma tutti i centri sono a disposizione di tutti i cittadini del distretto; le iniziative denominate "Dopo di noi", piccole strutture a carattere residenziale con diverso grado di protezione destinate ai disabili che rimangono privi di rete familiare.

Sono inoltre da rilevare le attività a carattere preventivo, con una fisionomia prevalentemente sanitaria, ma che coinvolgono nella realizzazione anche ambiti sociali, come ad esempio l'“infermiere di prossimità”, presente nei centri sociali anziani; e, a seguire, i progetti individualizzati, previsti nelle normative regionali, ed i percorsi di accompagnamento al lavoro per le fasce deboli, tipologie entrambe presenti nelle aree di Roma e della relativa provincia.

Nella categoria “interventi a basso carico assistenziale” sono state inserite alcune attività che hanno una storia recente, e che si pongono in parte su un versante preventivo, in parte in una logica di sostegno, ed hanno come caratteristica comune quella del basso grado di strutturazione “istituzionale”: i gruppi di auto-mutuo aiuto, le unità di strada, la *peer education*; tali attività sono state segnalate in particolare nell'area della provincia di Roma.

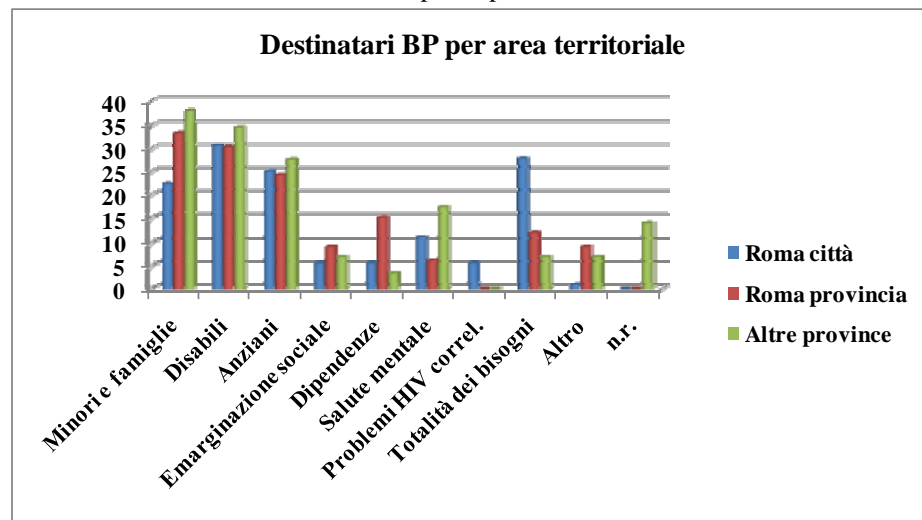
Nell'area “azioni di sistema” sono state inserite attività – realizzate tutte in aree provinciali – non rivolte direttamente ad utenti, ma finalizzate alla programmazione o alla regolamentazione di procedure; di particolare interesse appare la creazione di un “Osservatorio sociale distrettuale”, a supporto dell'Ufficio di Piano.

Infine, nella categoria “altro” troviamo attività relative ad interventi legati alla L. 285/97, all'affido familiare, al pronto intervento sociale, ed attività a carattere socio-culturale per l'integrazione delle persone con problemi psichiatrici.

6.3.2. I destinatari delle buone prassi

Un altro aspetto da indagare per studiare le buone prassi nell'integrazione è quello dei destinatari a cui esse si rivolgono; i relativi dati percentuali sono presentati, disaggregati per area territoriale, nel grafico F17.

Grafico F17 – Destinatari delle buone prassi per area territoriale



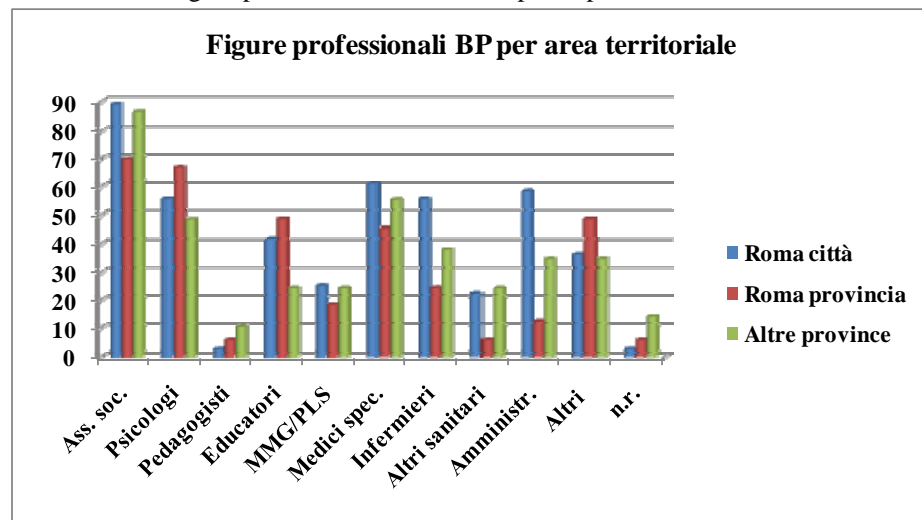
Osservanti globalmente, i dati emersi confermano la propensione – già vista nei precedenti momenti del percorso dell'utente – ad una forte presenza di interventi in favore di minori e famiglia, disabili ed anziani; analizzando più nello specifico le diverse aree territoriali emergono invece delle interessanti differenze.

Gli interventi rivolti a minori e famiglie crescono progressivamente man mano che ci si allontana da Roma; nelle aree disabili ed anziani – ed anche, ma con quote molto inferiori, negli interventi volti a contrastare l'emarginazione sociale – c'è una sostanziale stabilità. Negli altri ambiti invece si nota una diversa prevalenza nei differenti contesti territoriali: vengono segnalate buone prassi nel campo delle dipendenze in particolare nella provincia di Roma, in cui invece sono decisamente meno presenti gli interventi a favore della salute mentale (più consistenti nelle altre province). Nella realtà cittadina di Roma si rileva una forte incidenza degli interventi rivolti alla totalità dei bisogni, ed una pur esigua quota di buone prassi a sostegno delle persone con problemi di HIV, totalmente assenti invece tra quelle segnalate nel resto della regione.

6.3.3. I professionisti coinvolti nelle buone prassi

L'ultimo aspetto che merita attenzione nello studio delle buone prassi integrate è quello dei professionisti in esse coinvolti; un primo livello di analisi delle tipologie, disaggregate per area territoriale, è riportato nel grafico F18.

Grafico F18 – Figure professionali nelle buone prassi per area territoriale

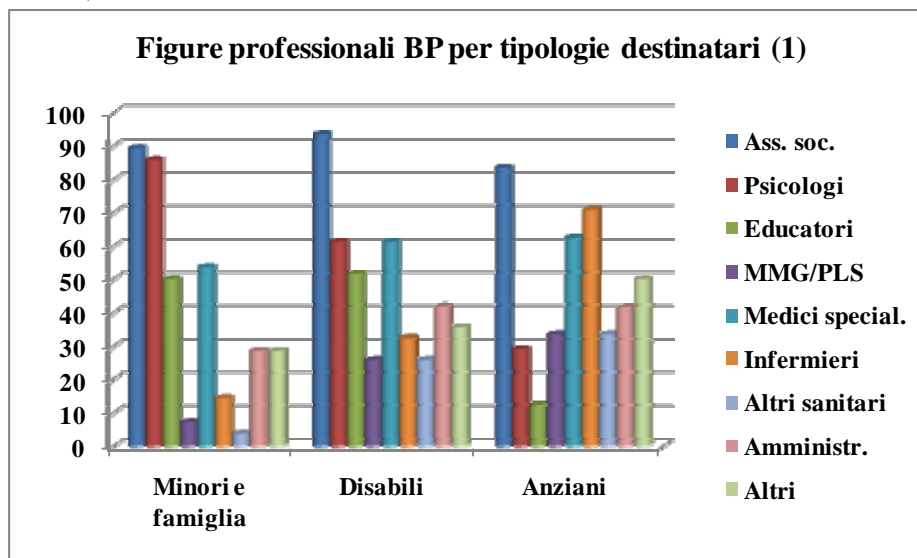


Dal grafico, che mostra le percentuali di coinvolgimento dei diversi professionisti nelle tre aree territoriali coinvolte, emerge la conferma della forte presenza degli assistenti sociali, seppur in misura inferiore rispetto agli altri momenti del percorso dell'utente – in particolare nella provincia di Roma. A ciò si accompagna un coinvolgimento significativo in tutte le aree di psicologi, medici specialisti e figure professionali "altre" ed un bassissimo utilizzo di pedagogisti. Un'altra figura professionale con una presenza rilevante nelle buone prassi indicate, soprattutto a Roma e provincia, è quella degli educatori; ciò è in effetti congruo se confrontato con le tipologie di intervento evidenziate nella tab. F16, dato che molte delle attività in esse contenute, rivolte come si vedrà tra poco a diverse tipologie di bisogni, utilizzano tali professionisti. La presenza degli infermieri è abbastanza diversificata nelle aree territoriali, con un forte utilizzo nel comune di Roma (oltre il 50%), meno della metà nella relativa provincia, e le altre province che si collocano in posizione equidistante. Ancora più eterogenea la distribuzione del personale amministrativo, che in area cittadina supera addirittura gli infermieri, si colloca intorno al 30% nelle altre province, ed è invece scarsissima nella provincia di Roma.

Analogamente all'analisi effettuata per le Unità Valutative, anche per le buone prassi è interessante vedere la distribuzione dei professionisti in relazione alle diverse tipologie di destinatari; per renderli maggiormente leggibili, i risultati sono

stati in questo caso suddivisi nei 3 grafici che seguono, all'interno di ognuno dei quali sono riportate alcune aree di intervento.

Grafico F19 – Professionisti operanti nelle buone prassi rivolte a minori e famiglia, disabili, anziani



Nel grafico F19, come nei seguenti, si è scelto di rappresentare le figure professionali¹⁴⁶ accorpandole secondo la singola tipologia di destinatari, in modo da cogliere la composizione dell'équipe di professionisti che lavora in favore di una certa tipologia di bisogni.

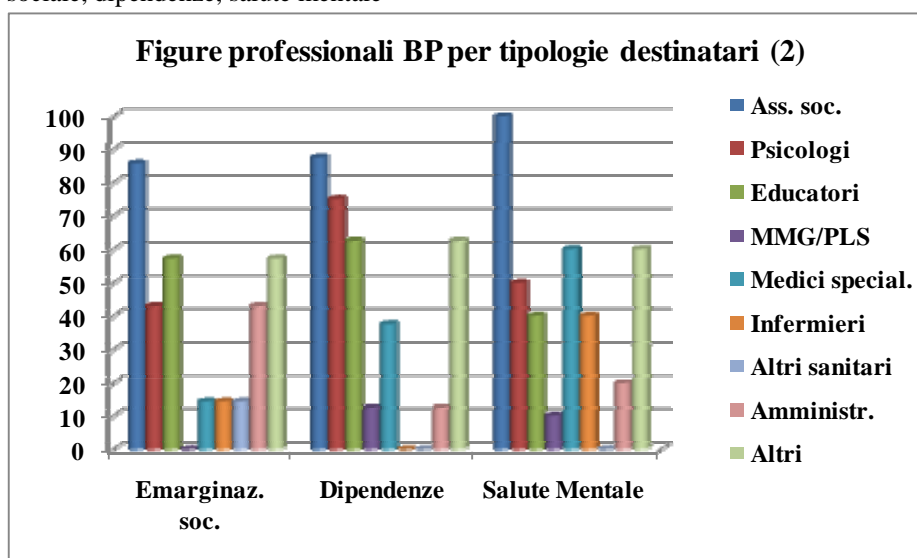
Nelle buone prassi rivolte a minori e famiglia troviamo una forte presenza di assistenti sociali e psicologi, vicina al 90%; in circa metà delle buone prassi dedicate a quest'ambito sono presenti educatori e medici specialisti, ed in circa un quarto abbiamo amministrativi ed altri professionisti.

Nell'area dei disabili invece l'unica figura presente nella quasi totalità è quella dell'assistente sociale, affiancata da un pool di professionisti formato – in una percentuale tra il 50 ed il 60% delle buone prassi – da psicologi, educatori e medici specialisti. Tutte le altre figure professionali sono comunque presenti, con percentuali variabili tra il 25% dei medici di medicina generale ed il 40% degli amministrativi.

¹⁴⁶ I dati sono relativi alla percentuale delle presenze delle diverse figure professionali sul totale delle buone prassi relative alla singola area di destinatari/utenti; si è omesso di rappresentare le frequenze dei pedagogisti per l'esiguità della loro presenza, ed i professionisti nell'area HIV, anche qui per lo scarso numero di relative buone prassi descritte.

Nelle buone prassi rivolte agli anziani invece quello che potremmo definire il nucleo centrale dell'èquipe è formato da assistenti sociali, medici specialisti ed infermieri. Significativa la presenza di quasi tutti gli altri professionisti – con presenze tra il 30 ed il 50% – tranne gli educatori, che peraltro stupiscono, in questa area dove probabilmente ci si sarebbe aspettati di non incontrarli affatto.

Grafico F20 – Professionisti operanti nelle buone prassi rivolte ad emarginazione sociale, dipendenze, salute mentale



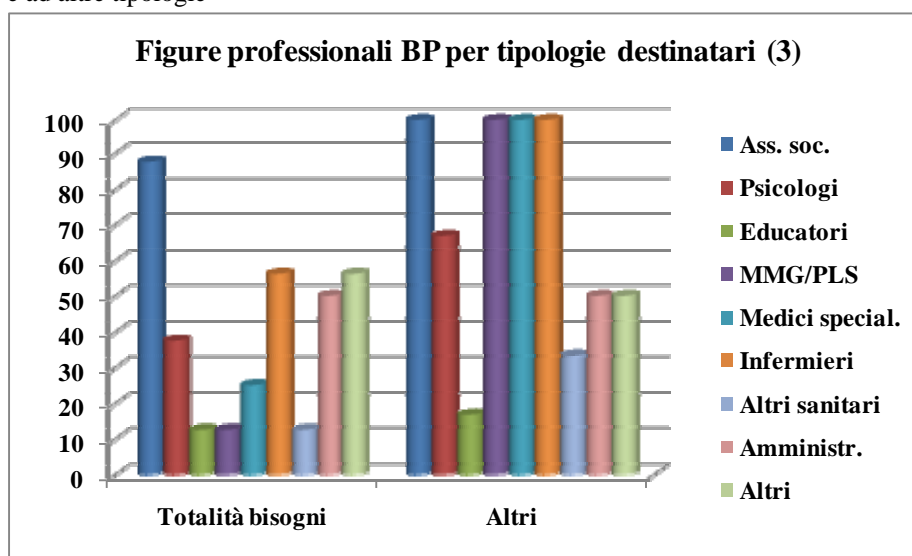
Nel grafico F20 sono riportate le presenze dei professionisti nelle aree dell'emarginazione sociale, delle dipendenze e della salute mentale.

Nell'ambito dell'emarginazione sociale – a parte anche qui la forte presenza degli assistenti sociali – troviamo psicologi, educatori, amministrativi ed altri professionisti; gli operatori sanitari sono pressoché assenti in questo ambito di buone prassi; a conferma dell'idea che tali problematiche presenterebbero un carattere quasi solo sociale, anche là dove vengano inseriti in progetti o attività integrati.

Nell'area delle dipendenze il nucleo centrale di operatori è formato da assistenti sociali, psicologi, educatori ed altri professionisti; l'assenza di figure sanitarie, a parte i medici specialisti, in questo ambito appare più anomalo rispetto al precedente, e potrebbe forse essere spiegato con una prevalenza, tra le buone prassi, di attività innovative, a carattere preventivo, o volte al reinserimento sociale delle persone con dipendenze.

Nell'ambito della salute mentale, a parte gli assistenti sociali, sempre presenti, troviamo un nucleo di operatori la cui partecipazione si attesta tra il 30 ed il 60% delle buone prassi dedicate: psicologi, educatori, medici, infermieri ed altri professionisti – dato che mostra come a differenza dell'ambito delle dipendenze qui il nucleo sanitario (medico ed infermiere) mantenga un ruolo importante.

Grafico F21 - Professionisti operanti nelle buone prassi rivolte alla totalità dei bisogni e ad altre tipologie



Nell'ultimo grafico sono evidenziati i professionisti operanti nelle buone prassi rivolte alla totalità dei bisogni, e ad altre tipologie di destinatari.

Le attività rivolte a tutti i bisogni rientrano in prevalenza – seguendo la casistica riportata in tab. F16 – nelle categorie dell'“accesso” (soprattutto in area cittadina) e delle “azioni di sistema” (in area provinciale); l'equipe di professionisti in questo caso è formata, oltre che dagli assistenti sociali, da psicologi, infermieri, amministrativi, altri professionisti; le altre figure professionali sono presenti in misura molto inferiore – tranne un 20% di medici specialisti.

La categoria “altri bisogni” comprende una gamma di destinatari piuttosto diversificata: dagli immigrati ad alcune tipologie di malati gravissimi (oncologici, con S.L.A. o Alzheimer), a soggetti e nuclei familiari fragili con bisogni complessi, che coinvolgono diversi servizi A.S.L. oltre che dell'ente locale, alle vittime della tratta. Globalmente si nota una forte presenza degli assistenti sociali e delle figure sanitarie (medici ed infermieri), e tra il 40 ed il 60% circa degli altri professionisti,

tranne gli educatori (probabilmente perché si tratta, per la maggior parte, di utenza adulta o anziana).

6.4. Un percorso ... ad ostacoli?

In questa non troppo ipotetica ricostruzione del percorso dell'utente all'interno dei servizi sono emerse, rispetto al quadro generale, alcune conferme ed alcune specificità.

Il rapporto tra operatività dei territori e quadro normativo conferma la vitalità “dal basso” della prima, che in tutti e tre i momenti del percorso emerge in buona parte dei casi considerati come precorritrice delle norme regionali; ciò potrebbe essere in realtà solo un segmento più ampio di un processo circolare, tale per cui la Regione si pone come osservatore delle nuove prassi emergenti, e qualora queste mostrino di funzionare tenta di fare da catalizzatore, creando un quadro di cogenza per i territori che tale vitalità non mostrano. Le conseguenze di tale quadro non sono però univoche, potendo portare in alcuni casi ad un effettivo sviluppo delle prassi proposte, in altri ad un'adesione essenzialmente formale (le situazioni in cui la norma viene assunta in maniera acritica, senza calarla nello specifico contesto territoriale), in altri ancora ad una sostanziale negazione.

Il primo momento del percorso, ovvero l'accesso ai servizi, appare il più influenzato dalla realtà territoriale, in particolare se si guarda alla distribuzione “storica”: precedentemente alle norme regionali in argomento esistevano già dei punti di accesso integrati in circa il 50% dei distretti romani, percentuale che cala significativamente al 20 circa nelle province extraromane ed addirittura al 12 in provincia di Roma. Tale rappresentazione sembrerebbe suggerire che l'idea di un accesso integrato ai servizi socio-sanitari debba essere modulata diversamente a seconda dei contesti territoriali: se nella realtà cittadina ha senso pensare ad un punto unico, nelle realtà in cui vi è una forte dispersione territoriale e demografica occorre forse ripensare, in senso integrato, i vari possibili punti di accesso al sistema: dal servizio sociale comunale, agli ambulatori medici, per giungere forse anche ai luoghi di aggregazione.

Riguardo le unità valutative emerge una rappresentazione variegata, che si presta a molteplici interpretazioni: da un lato infatti la presenza in circa la metà dei territori di più di una unità valutativa rappresenta un elemento di vitalità, in maniera specifica di alcuni servizi, all'interno delle quali storicamente sono nate; dall'altro però le UV si presentano in certo modo come delle emanazioni dei servizi stessi, riproponendo in tal modo una logica di specializzazione che rischia di divenire settoriale. Un'ipotesi organizzativa più "mobile" potrebbe portare a pensare ad un'unica UV distrettuale, una sorta di spazio aperto a diversi operatori di servizi differenti, che di volta in volta si riuniscono "intorno" al bisogno della persona.

Ipotesi che sembra invece realizzarsi nell'ambito delle buone prassi, dove emerge come a seconda delle caratteristiche dei destinatari si diversifichi la composizione delle équipes che gestisce di volta in volta i progetti e le attività. In riferimento alle tipologie delle prassi evidenziate vale la pena di rilevare come spesso, anche là dove si trattava di iniziative consolidate e per lo più diffuse, presentavano comunque qualche caratteristica di originalità che le differenziava da altre simili, suffragando anche qui l'ipotesi sulla necessità di un adattamento alle singole realtà territoriali di modelli già sperimentati altrove.

Complessivamente si conferma un quadro piuttosto frammentato e con distribuzione differenziata di operatività nei diversi momenti del percorso e nelle diverse aree, con punte di integrazione operativa in uno o anche in tutti gli *step*, e situazioni in cui il percorso presenta a tutt'oggi molti aspetti di separatezza.

7. Verso un'analisi valutativa dell'integrazione socio-sanitaria

Per concludere l'analisi dello stato dell'arte dell'integrazione socio-sanitaria nel Lazio è utile prendere in esame alcuni elementi sulla valutazione dell'integrazione socio-sanitaria, espressi da tre diverse categorie di osservatori: i referenti distrettuali, un campione rappresentativo degli assistenti sociali, ed alcuni testimoni privilegiati, ovvero operatori direttamente coinvolti in esperienze integrate.

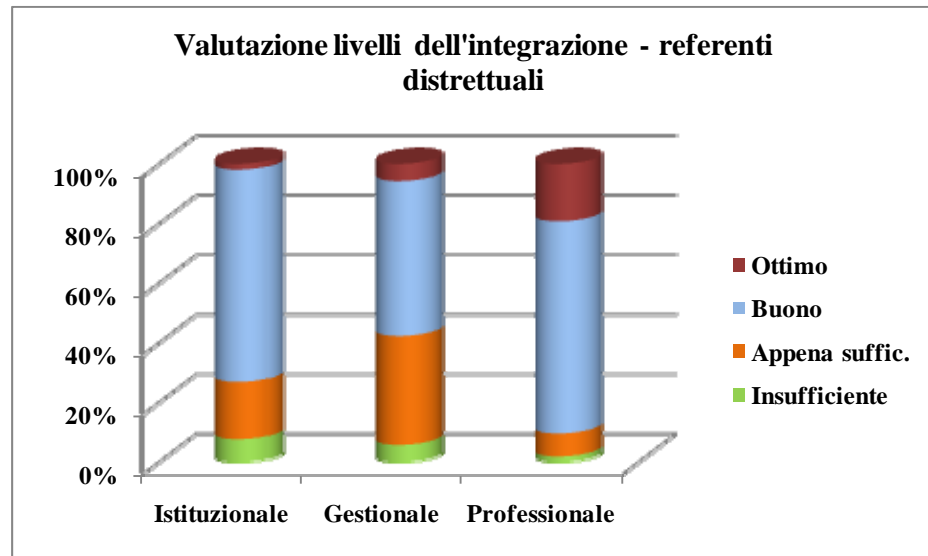
7.1. La valutazione dei referenti distrettuali

Il tema della valutazione dell'integrazione socio-sanitaria è stato indagato, con i referenti distrettuali, attraverso tre domande; la prima chiedeva di dare un giudizio globale su ciascuno dei tre livelli, le altre due di identificare da un lato i fattori favorenti e dall'altro i fattori ostacolanti l'integrazione.

7.1.1. La valutazione globale dei tre livelli

La valutazione globale dei referenti distrettuali su ciascuno dei livelli dell'integrazione – espressa attraverso un giudizio che andava da insufficiente ad ottimo – è rappresentata nel grafico G1.

Grafico G1 – Valutazione dei livelli dell'integrazione da parte dei referenti distrettuali

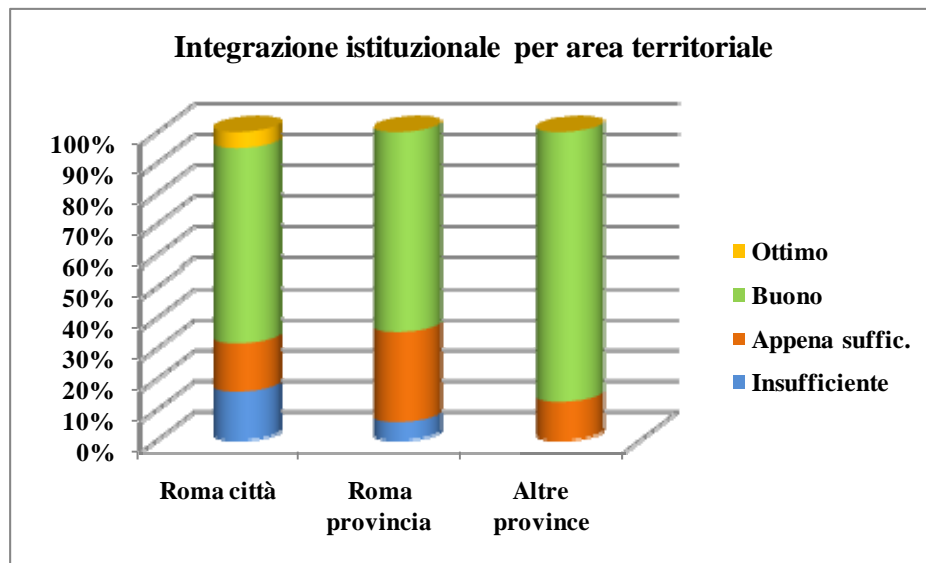


Da questa prima panoramica emerge come riguardo ai livelli istituzionale e gestionale vi sia tra gli intervistati una forte scelta delle posizioni centrali – in entrambi i casi intorno al 90% – ma con una significativa differenziazione tra i giudizi “appena sufficiente”¹⁴⁷ e “buono”. Nel caso dell’integrazione istituzionale si osserva infatti una forte prevalenza di giudizi positivi, che tra “buono” e “ottimo” raggiungono il 73%, mentre il livello gestionale appare quello più problematico, con solo il 58% dei giudizi positivi. Il livello professionale risulta valutato più positivamente dagli intervistati, che nel 90% dei casi si esprimono con un giudizio buono, ed addirittura in quasi il 20% lo giudicano ottimo.

Per approfondire ulteriormente l’analisi è utile esplorare come i tre livelli dell’integrazione vengano valutati nei diversi territori; i grafici successivi pertanto presenteranno i singoli livelli disaggregati per aree territoriali, a partire dall’integrazione istituzionale, rappresentata nel grafico G2.

¹⁴⁷ L’indicazione di questa modalità di risposta come “appena sufficiente”, e non semplicemente “sufficiente”, tendeva volutamente a darle una connotazione in senso negativo; e ciò al fine di favorire uno schieramento più definito, avendo sostanzialmente due modalità di risposta in positivo e due in negativo.

Grafico G2 – Valutazione dell'integrazione istituzionale per area territoriale

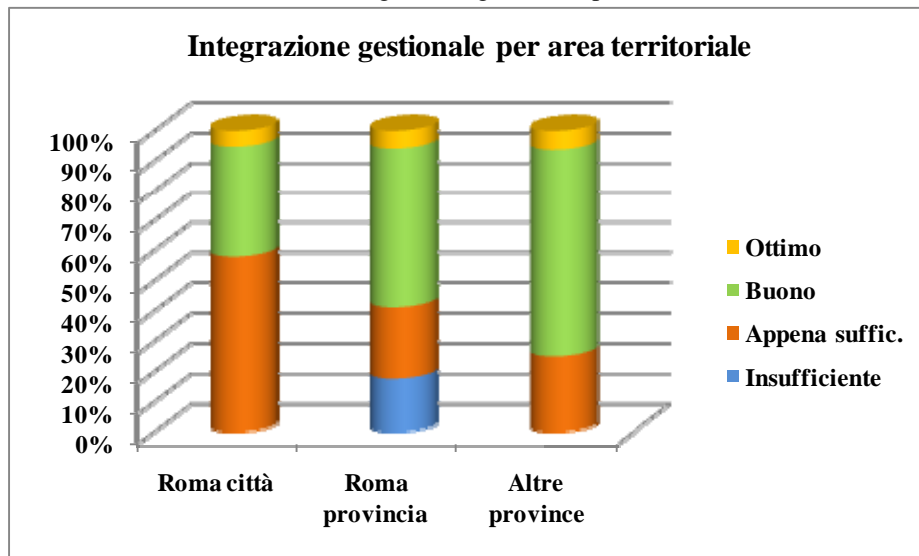


Dal grafico sembra emergere una valutazione maggiormente critica di questo livello di integrazione nelle aree della città e della provincia di Roma, con una ulteriore differenziazione: nel primo caso troviamo infatti quasi un 16% di giudizi totalmente negativi, mentre nel secondo gli intervistati che non valutano positivamente questo livello si attestano prevalentemente su una stretta sufficienza; nell'ambito delle altre province invece il giudizio è decisamente migliore, con un 87% di valutazione buona, e questo per certi versi sembrerebbe entrare in contrasto con quanto emerso in diversi punti del capitolo precedente circa le maggiori difficoltà a realizzare percorsi integrati man mano che ci si allontana da Roma.

Un ulteriore elemento di riflessione può emergere dal raffronto dei dati riportati nel grafico con l'analisi delle risposte disaggregate in base al ruolo ricoperto dagli intervistati; sembrerebbe infatti di poter quasi sovrapporre le valutazioni degli intervistati delle altre province con quelle dei livelli dirigenziali da un lato, e – anche se in misura minore – delle aree di Roma e provincia con quelle degli operatori; e ciò trova un riscontro con il dato della maggior presenza, tra gli intervistati, di figure dirigenziali nelle altre province (dove superano la metà), a fronte di una quota superiore al 70% di operatori a Roma e provincia.

Passando all'analisi della valutazione sul livello gestionale, si può osservare quanto emerso dal questionario nel grafico G3.

Grafico G3 – Valutazione dell'integrazione gestionale per area territoriale

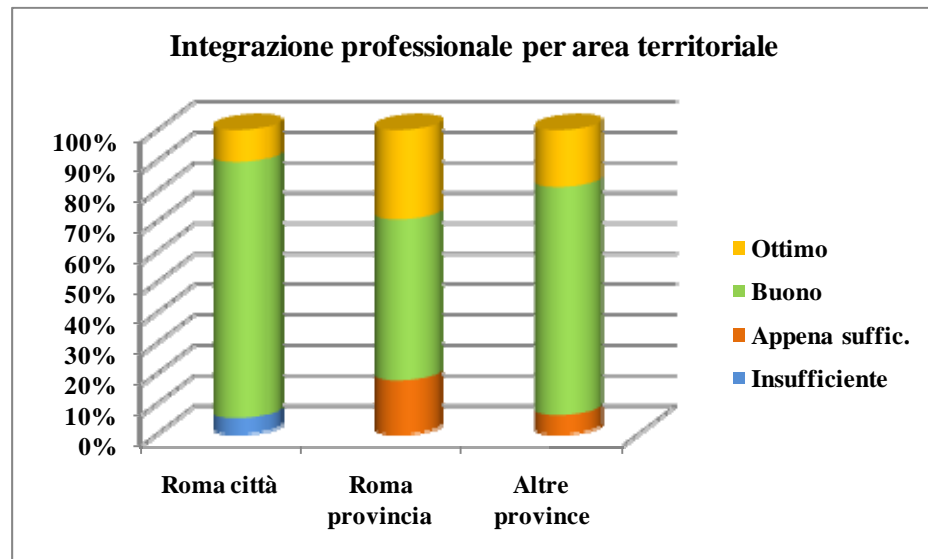


La disaggregazione per aree territoriali mostra come il giudizio sul livello gestionale dell'integrazione migliori sensibilmente, da un punto di vista globale, man mano che ci si allontana da Roma. Nell'area cittadina infatti – pur non giungendo mai a definire insufficiente tale livello – le valutazioni positive sono poco più del 40%; nella provincia di Roma aumentano quasi sino al 60%, anche se troviamo circa il 18% di giudizi totalmente negativi, mentre nelle altre province addirittura i 3/4 degli intervistati valutano positivamente il livello dirigenziale.

Secondo le valutazioni degli intervistati dunque il livello gestionale dell'integrazione sembrerebbe funzionare meglio nelle aree maggiormente decentrate, dato che in questo caso non sembra emergere dai dati – come per il livello istituzionale – una sovrapposizione tra ruolo rivestito ed ambito territoriale di appartenenza.

L'ultimo livello analizzato, e che si è visto avere globalmente i giudizi migliori, è quello professionale, i cui risultati disaggregati per area territoriale sono riportati nel grafico G4.

Grafico G4 – Valutazione dell'integrazione professionale per area territoriale



La valutazione positiva dell'integrazione professionale si conferma in tutti i territori, ma con alcune distinzioni: in Roma città e nelle altre province i giudizi globalmente favorevoli sono in sostanza equivalenti, in percentuali superiori al 90%; ma nel secondo caso possiamo considerare migliore la valutazione, sia per la maggior quota di "ottimo", che per l'assenza di insufficienze. Nell'area della provincia di Roma, in cui globalmente i giudizi positivi sono inferiori, troviamo però la maggior percentuale di valutazioni ottime.

In generale, si può osservare come gli intervistati delle province extra romane valutino l'integrazione socio-sanitaria nei propri territori in maniera positiva in tutti e tre i livelli presi in esame, più di quanto facciano i loro colleghi nelle altre aree; vedremo nel prosieguo dell'analisi se tale giudizio sia condiviso o meno dagli altri attori interpellati in proposito.

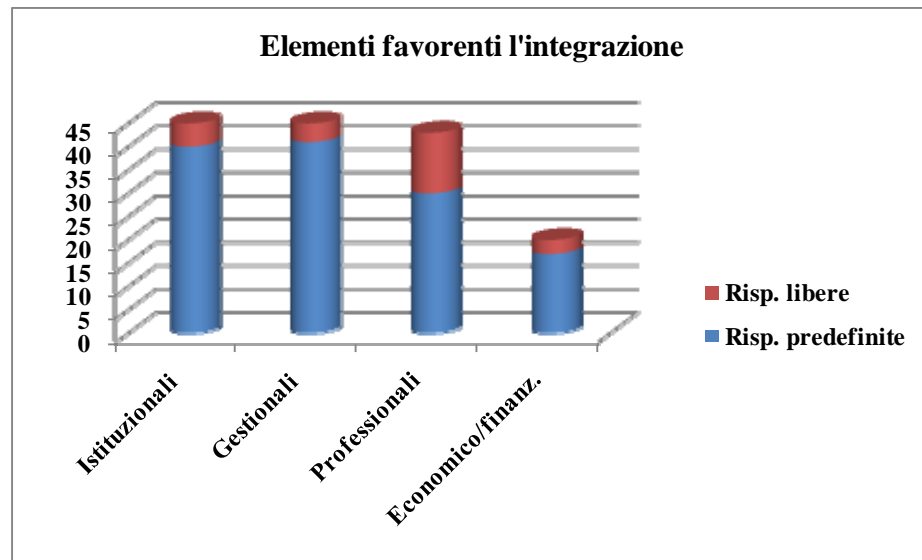
7.1.2. I fattori che favoriscono l'integrazione

Il parere dei referenti distrettuali su ciò che favorisce – e successivamente su che cosa ostacola – l'integrazione è stato indagato attraverso una domanda, che presentava quattro modalità di risposte predefinite e la possibilità di inserire due ulteriori risposte libere; ciò al fine di raccogliere dagli intervistati ulteriori spunti di riflessione. Le quattro risposte predefinite proponevano un elemento, ipotizzato come

centrale, per ciascuno dei tre livelli dell'integrazione, ed un quarto fattore a carattere economico-finanziario; nella fase di lettura dei dati le risposte libere sono poi state ricondotte, per quanto possibile, all'interno delle quattro categorie sopra descritte.

Una prima panoramica circa i possibili fattori che favoriscono o potrebbero favorire l'integrazione è rappresentata nel grafico G5.

Grafico G5 – Elementi favorenti l'integrazione



Nel grafico sono presentati i dati assoluti relativi alle risposte fornite dai 52 intervistati,¹⁴⁸ differenziando le risposte predefinite da quelle libere. Scendendo maggiormente nel dettaglio, le prime proponevano i seguenti elementi:

- ✓ una cornice normativa adeguata (istituzionale);
- ✓ la presenza di dirigenti motivati (gestionale);
- ✓ la presenza di operatori motivati (professionale);
- ✓ la possibilità di ridurre i costi grazie all'integrazione (economico/finanziario).

¹⁴⁸ In una delle A.S.L. delle province extra romane i quattro questionari relativi ai singoli distretti sono stati compilati tutti dal coordinatore aziendale; nelle tre domande valutative analizzate in questo capitolo si è ritenuto perciò opportuno – trattandosi di giudizi di carattere generale e non della presentazione di dati sulle singole realtà territoriali – conteggiare una sola volta le relative risposte.

Da una prima osservazione, i primi due elementi sono stati valutati in buona misura necessari, un po' meno la motivazione degli operatori;¹⁴⁹ la possibilità di ridurre i costi è stata invece valutata poco significativa. Vedremo tra un attimo come ci si sia mossi nei diversi territori rispetto ai singoli elementi; prima però appare interessante approfondire l'analisi a carattere generale esaminando quanto emerso nelle risposte libere.

Da un punto di vista istituzionale sono emersi i seguenti elementi:

- ✓ la necessità di una normativa che renda chiara la distinzione tra ruolo/funzioni politiche e tecniche;
- ✓ l'importanza della presenza e della motivazione dei politici rispetto all'integrazione;
- ✓ la necessità di attivare sinergie/integrazione a livello regionale tra i due assessorati interessati.

Si intravede, in queste considerazioni, oltre l'importanza del ruolo della politica, una doppia richiesta, potremmo dire: da un lato di maggiore definizione della cornice istituzionale in cui ci si va a muovere per realizzare l'integrazione, a cominciare dall'amministrazione regionale; dall'altro, di definizione chiara dei ruoli politici e tecnici, tema che ritroveremo nelle analisi anche di altri attori.

Sul livello gestionale sono state avanzate alcune proposte:

- ✓ una programmazione unitaria degli interventi, scaturita da un unico osservatorio territoriale dei bisogni;
- ✓ la riorganizzazione del servizio sociale nelle A.S.L.;
- ✓ una gestione unitaria del personale, o addirittura un mandato da parte di A.S.L. ed enti locali ad un unico organismo di gestione.

Qui troviamo proposti interventi che a diverso titolo suggeriscono la necessità di riorganizzare i servizi per lavorare in maniera integrata, sino anche ad ipotizzare modelli di gestione unitaria presenti in altre realtà regionali, ma, come si è visto nel cap. 4, mai realizzati nel Lazio.

Le risposte libere relative ad elementi a carattere professionale, le più numerose quantitativamente, si possono ricondurre a due grandi aree: l'importanza

¹⁴⁹ Diversi intervistati, nei liberi commenti, definivano la motivazione degli operatori come un elemento strutturalmente presente, per così dire, e per tale ragione non la sceglievano tra le opzioni di risposta, fornendo poi nelle risposte libere elementi diversi a carattere professionale.

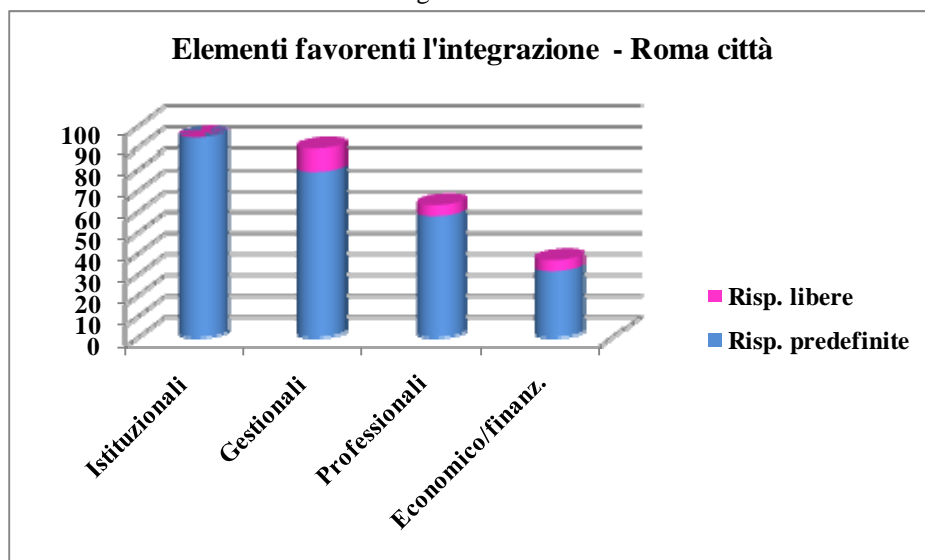
della formazione congiunta tra operatori di enti diversi, e specifica sul tema dell'integrazione; e soprattutto la necessità di congrue risorse umane dedicate, attraverso un adeguamento ed una stabilità degli organici. Questo ultimo tema, presente nei 2/3 delle risposte libere riconducibili al livello professionale, può forse in parte spiegare la minor quota (rispetto agli elementi istituzionale e gestionale) di quelle riferite alla motivazione degli operatori: sembra cioè più pressante, rispetto alla motivazione, la necessità di risorse umane adeguate.

Tra gli elementi a carattere economico/finanziario proposti troviamo da un lato la necessità di adeguati finanziamenti dedicati all'integrazione, dall'altro la proposta di avere finanziamenti comuni, o con gestione integrata A.S.L./comuni, segno quest'ultimo dell'importanza di integrare anche questo aspetto.

Vi sono poi, tra le risposte libere, ulteriori elementi non riconducibili alle categorie sopra descritte, che si pongono da una prospettiva diversa, ovvero quella dei cittadini/utenti, ritenendo che all'integrazione possano giovare delle forme di partecipazione degli stessi, o la consapevolezza di poter offrire alla popolazione migliori servizi/prestazioni. Particolarmente interessanti sono poi alcune risposte che suggeriscono l'importanza, per favorire l'integrazione, di sviluppare "cultura": dell'integrazione stessa da un lato, di un benessere globale della persona dall'altro.

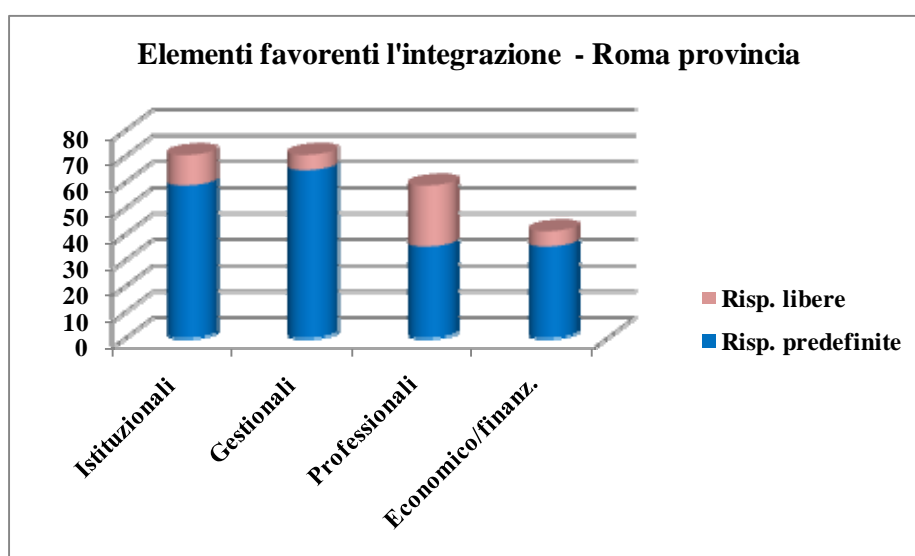
Prima di passare ai fattori che ostacolano – o possono ostacolare – l'integrazione, è utile vedere brevemente come nelle diverse aree territoriali vengano valutati gli elementi che la favoriscono, a partire dall'area cittadina di Roma, rappresentata nel grafico G6, ed a seguire nei grafici G7 e G8 per le aree provinciali.

Grafico G6 – Elementi favorenti l'integrazione nell'area della città di Roma



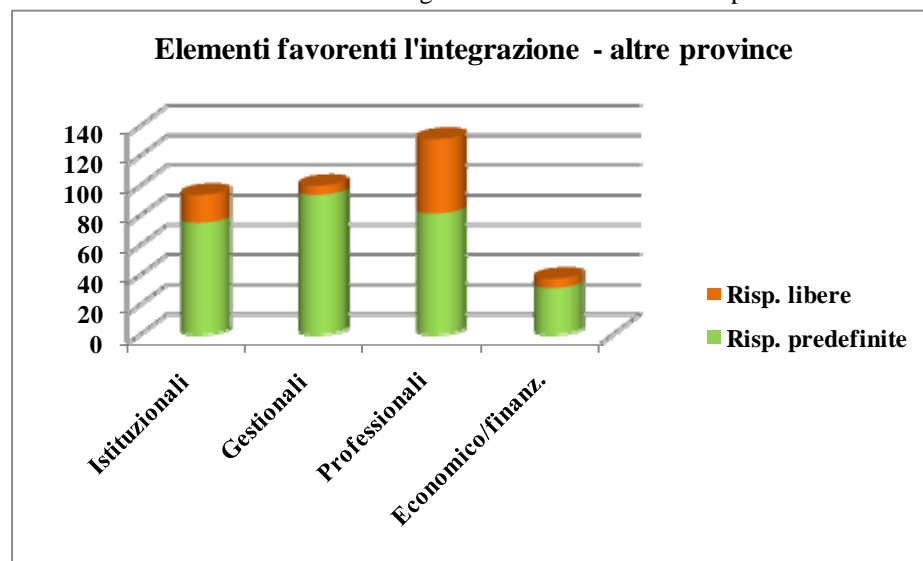
Il grafico riporta le percentuali di scelta delle diverse modalità di risposta, dalle quali emerge come a Roma sia maggiormente sentita l'importanza degli elementi istituzionali, e di seguito di quelli gestionali; sugli aspetti professionali non c'è, invece, quella compensazione delle minori risposte circa la motivazione degli operatori attraverso le risposte libere che si era vista nel dato globale; in particolare in questa area è totalmente assente il tema dell'adeguatezza delle risorse umane, apparso invece complessivamente come un elemento centrale.

Grafico G7 – Elementi favorenti l'integrazione nell'area della provincia di Roma



Nell'area della provincia di Roma, così come emerge dal grafico, possiamo osservare innanzi tutto che globalmente è stato effettuato un numero inferiore di scelte, in particolare riguardo agli elementi istituzionali e gestionali; nel livello professionale invece la minor quota di scelte della risposta predefinita è bilanciata da un significativo numero di risposte libere – tutte legate al tema delle risorse umane, segno che il problema in questi territori è sentito maggiormente che nell'area cittadina.

Grafico G8 – Elementi favorenti l'integrazione nell'area delle altre province



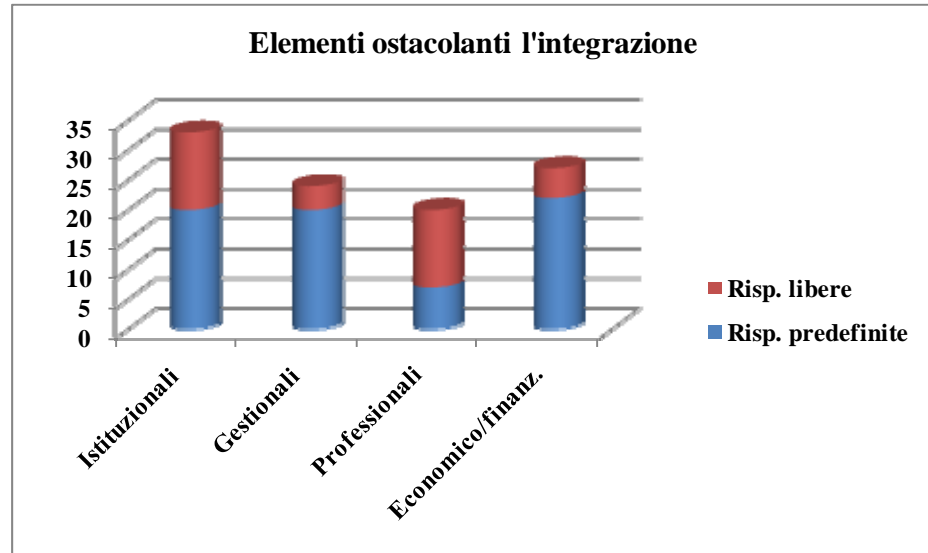
Nell'area delle altre province possiamo osservare globalmente una percentuale di scelte superiore agli altri territori, con particolare rilevanza data agli elementi professionali, la cui quota supera il 100% – segno che sono stati evidenziati, in molti casi, anche più di una volta da uno stesso intervistato, utilizzando sia la risposta predefinita che quella libera; in particolare, in queste ultime viene sollevato anche il tema della formazione, ma la necessità di adeguate risorse umane acquista qui un rilievo ancora maggiore che nella provincia di Roma.

7.1.3. I fattori che ostacolano l'integrazione

Un ultimo aspetto esplorato attraverso il questionario, in questa parte valutativa, era quello riguardante i fattori che ostacolano – o potrebbero ostacolare – l'integrazione; la relativa domanda era strutturata nella stessa modalità di quella sugli

elementi che la favoriscono, con quattro risposte predefinite e la possibilità di inserire due risposte libere. Una prima panoramica di quanto emerso è rappresentata nel grafico G9.

Grafico G9 – Elementi ostacolanti l'integrazione



Nell'ambito dei fattori ostacolanti erano state predefinite le seguenti modalità di risposta:

- ✓ la diversa *mission* di A.S.L. ed enti locali (elemento istituzionale);
- ✓ la frammentazione degli enti locali a fronte di un'unica A.S.L./distretto (elemento gestionale);
- ✓ la presenza di figure professionali diverse (elemento professionale);
- ✓ i costi dell'integrazione nel regime di scarsità di risorse (elemento economico/finanziario).

Da una prima osservazione del grafico emerge globalmente una minor quota di scelte, rispetto a quelle operate nell'ambito dei fattori favorenti, ma in proporzione un maggior numero di risposte libere, in particolare nei livelli professionale ed istituzionale; quest'ultimo soprattutto, insieme all'elemento economico/finanziario, appare l'ambito in cui possono evidenziarsi le maggiori criticità. Anche in questo caso è interessante approfondire, prima dei dati disaggregati per aree territoriali, le risposte libere fornite dagli intervistati.

Nell'ambito istituzionale troviamo diversi spunti, che possono essere accorpati nelle seguenti aree, in molti aspetti speculari rispetto ai fattori favorenti:

- ✓ carenze in ambito normativo (mancanza di definizioni più precise per la programmazione, tempistiche “sfasate” tra sanitario e sociale, divisione a livello regionale dei fondi sanitari e sociali);
- ✓ cambiamenti politici e mancanza di continuità (di impegno politico/istituzionale a livello di Regione e Provincia da un lato, nella Direzione Generale A.S.L. dall'altro);
- ✓ una visione dei Comuni ristretta al proprio territorio;
- ✓ il diverso “peso” degli ambiti interessati (sanitario e sociale), nonché una diversità del peso della politica in A.S.L. e nell'ente locale;
- ✓ mancanza di volontà e chiarezza istituzionale;
- ✓ suddivisione in due assessorati regionali della materia socio-sanitaria.

Emergono in queste risposte diversi elementi interessanti su ciò che gli intervistati individuano come criticità in un percorso verso l'integrazione socio-sanitaria: la discontinuità, la separatezza, la mancanza di volontà e chiarezza, ma anche talvolta una prospettiva un po' ristretta di amministratori locali che non sanno guardare al di là del proprio territorio.

Dal punto di vista gestionale sono emersi ulteriori elementi di criticità:

- ✓ il tema dei diversi assetti organizzativi tra A.S.L. ed ente locale, e di una certa rigidità dell'organizzazione dei servizi;
- ✓ la mancanza di adeguata strumentazione per garantire la gestione integrata;
- ✓ la discontinuità nella gestione amministrativa del comune capofila.

Anche in questo ambito viene dunque proposto il tema della mancanza di continuità, elemento invece necessario per interventi e progetti di respiro più ampio, quali sono quelli integrati; di particolare rilevanza anche il tema organizzativo, che se letto con orizzonti ristretti sembra ostacolare piuttosto che favorire processi di integrazione.

Nell'area professionale, specularmente a quanto avvenuto per i fattori favorenti, le risposte libere indicano per la quasi totalità il problema della carenza e della precarietà delle risorse umane; l'unico ulteriore elemento introdotto,

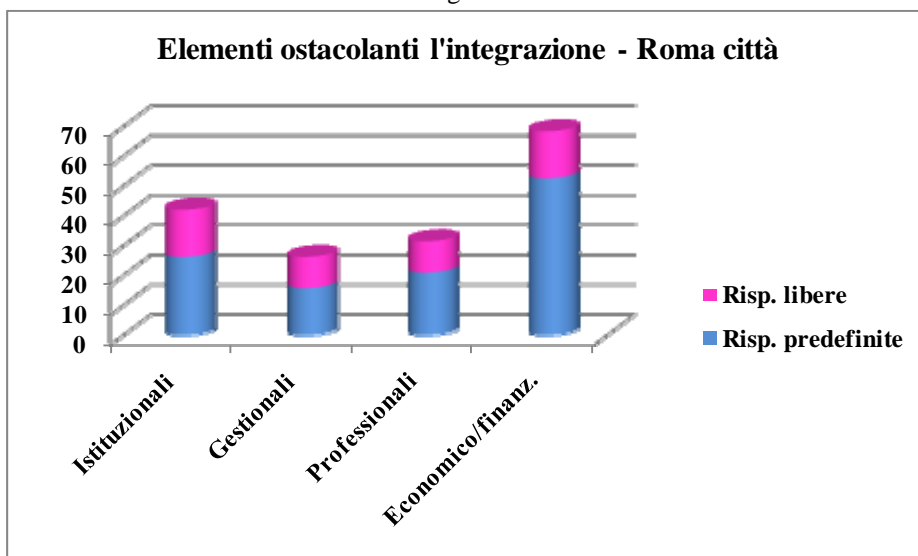
particolarmente interessante, è un fattore di natura relazionale, ovvero la scarsa conoscenza reciproca.

Il tema a carattere economico/finanziario ruota, nelle risposte degli intervistati, intorno alle risorse: in diversi casi limitate e vincolate, ma anche mal utilizzate e non condivise; in particolare in questi ultimi due aspetti l'individuazione delle criticità si pone su un piano non di semplice rivendicazione (pur se talvolta necessaria) di risorse aggiuntive, ma cerca di andare al di là, in certo modo proponendone un utilizzo diverso e più appropriato.

Le altre risposte libere ripropongono in parte temi già toccati negli ambiti precedenti, come l'eccessivo senso di appartenenza al proprio ente, e la separazione istituzionale/organizzativa tra distretto ed ente locale; viene riproposto, in negativo, il tema della mancanza di partecipazione dei cittadini alla programmazione, e soprattutto, in maniera forte, il problema "culturale", introdotto da alcuni tra i fattori favorevoli l'integrazione: si parla qui di una cultura della separatezza tra sociale e sanitario e di scarsa cultura dell'integrazione, dovuta per lo più a meccanismi di autoreferenzialità.

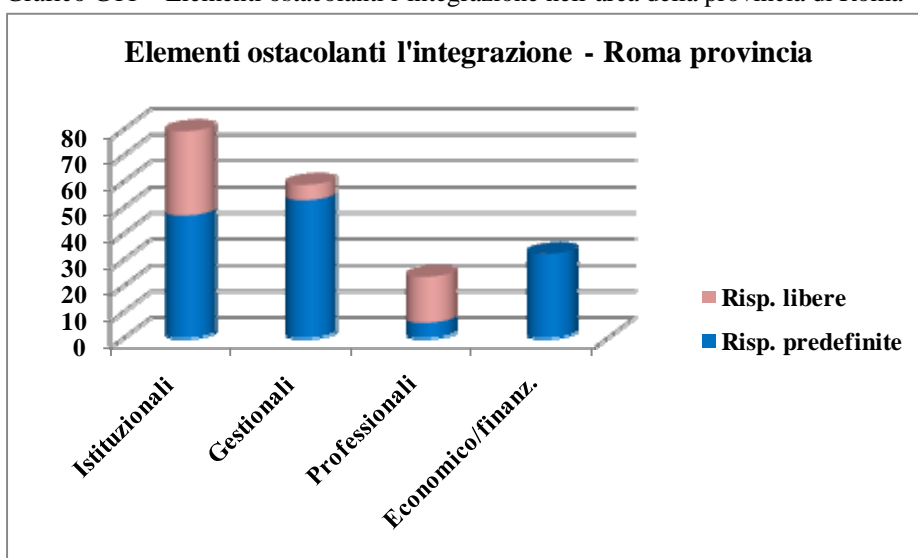
Per completare l'analisi sui fattori ostacolanti l'integrazione appare utile anche qui analizzare brevemente come si sono espressi i referenti nelle diverse aree territoriali, attraverso i prossimi grafici, anche qui iniziando dall'area cittadina di Roma, con il grafico G10.

Grafico G10 – Elementi ostacolanti l'integrazione nell'area della città di Roma



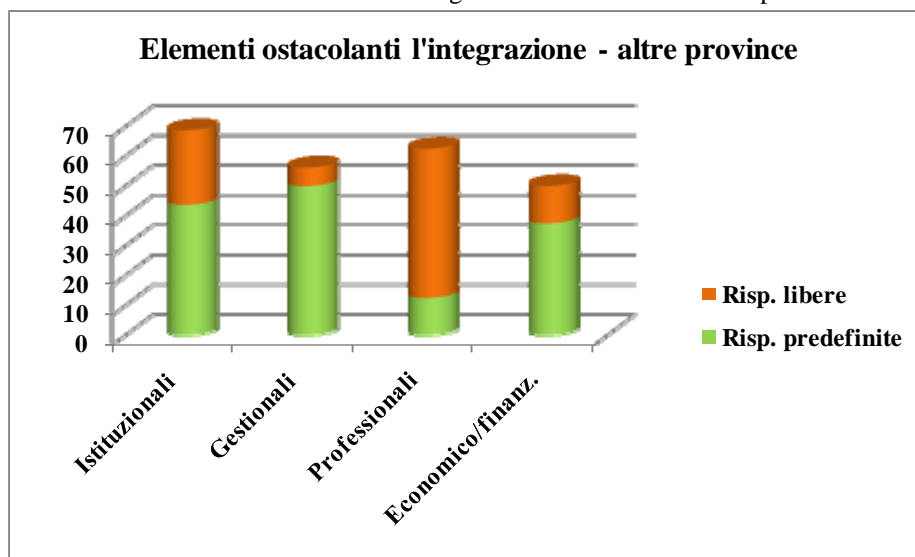
Dal grafico emerge come le criticità maggiori individuate nell'area cittadina si collochino in ambito economico/finanziario, ed in particolare nei costi dell'integrazione, che costituiscono un problema per oltre la metà degli intervistati; se a queste aggiungiamo gli aspetti a carattere professionale, che soprattutto nelle risposte libere si orientano verso l'inadeguatezza quantitativa e la precarietà lavorativa degli operatori, sembrerebbe che, in tale area territoriale, il problema maggiore per l'integrazione sia la mancanza – o comunque la scarsità – di risorse.

Grafico G11 – Elementi ostacolanti l'integrazione nell'area della provincia di Roma



Da questo secondo grafico emerge una situazione quasi opposta a quella vista nel precedente: ad una bassa rilevanza dei fattori professionali (ma con una quota significativa, anche qui, di problematiche legate all'inadeguatezza degli organici) e di quelli economico/finanziari fa da contraltare una maggiore presenza di criticità nell'ambito istituzionale e gestionale. Nel primo, troviamo una quota rilevante di risposte libere, che propongono un po' tutti gli elementi visti in precedenza; il secondo è quello che ha maggiori adesioni alle modalità di risposta predefinita,¹⁵⁰ con una percentuale di scelte superiore al 50%.

Grafico G12 – Elementi ostacolanti l'integrazione nell'area delle altre province



Nel grafico si può osservare un andamento discontinuo tra le scelte delle risposte predefinite e l'indicazione di risposte libere; in particolare, nel livello professionale c'è una scarsa adesione all'idea che la presenza di professionisti diversi possa costituire una criticità per l'integrazione, mentre viene fortemente riproposto – dalla metà degli intervistati – il tema della scarsità delle risorse umane, evidentemente nodo cruciale in questi ambiti territoriali.

¹⁵⁰ Va detto che la modalità di risposta sull'elemento gestionale, facendo riferimento alla frammentazione degli enti locali, era indirizzata prevalentemente alle aree provinciali; in questo senso stupisce invece che vi sia stata una certa adesione a tale risposta anche nell'area cittadina.

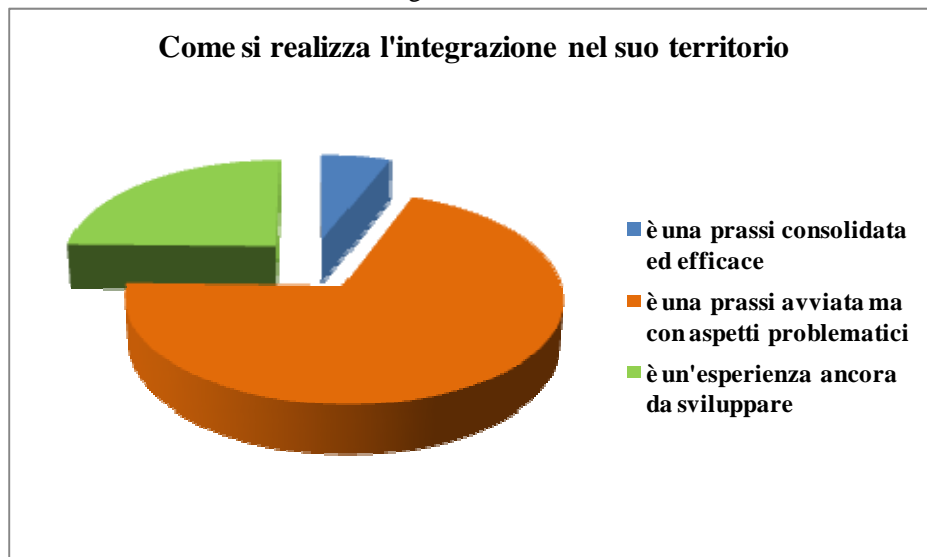
7.2. La valutazione degli assistenti sociali

Nell'ambito della ricerca sugli assistenti sociali era prevista una domanda a carattere generale sulla realizzazione dell'integrazione nel territorio in cui ciascun professionista opera, ed è stato poi possibile inserire le tre domande già utilizzate per i referenti distrettuali, in modo da mettere a confronto le valutazioni dei diversi attori.

7.2.1. La valutazione globale e dei tre livelli

La prima domanda, a carattere generale, rivolta agli assistenti sociali chiedeva di valutare come, a partire dall'esperienza di ciascuno, l'integrazione socio-sanitaria si realizzasse nei singoli territori; i dati emersi dalle risposte sono rappresentati nel grafico G13.

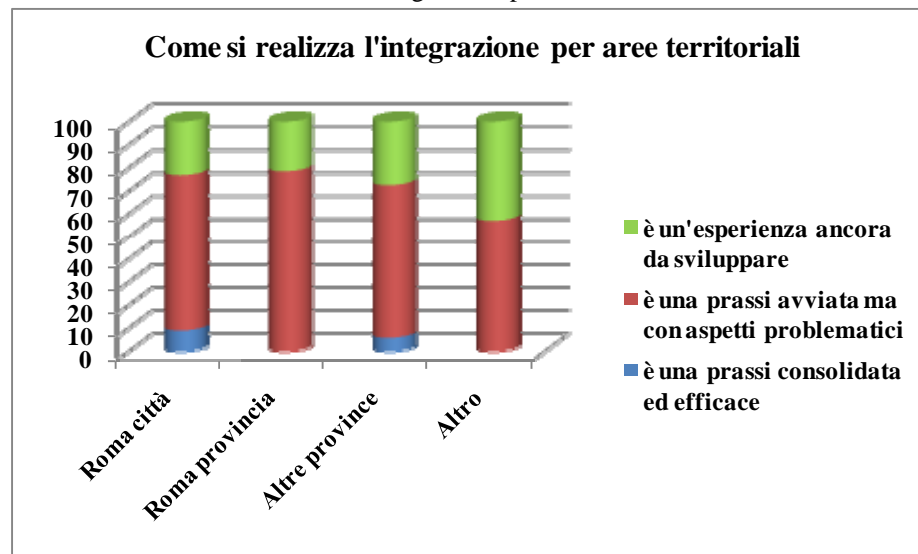
Grafico G13 – Come si realizza l'integrazione nel suo territorio



Da questo primo grafico emerge una valutazione decisamente critica degli assistenti sociali rispetto alla concreta realizzazione dell'integrazione: solo il 6% la ritiene una prassi consolidata ed efficace, mentre il 70% evidenzia come, pur se avviata, presenti degli aspetti problematici da risolvere, e circa 1/4 degli intervistati ritiene che sia ancora completamente da sviluppare.

È interessante verificare se tali valutazioni si diversifichino nelle aree territoriali, osservando i dati rappresentati nel grafico G14.

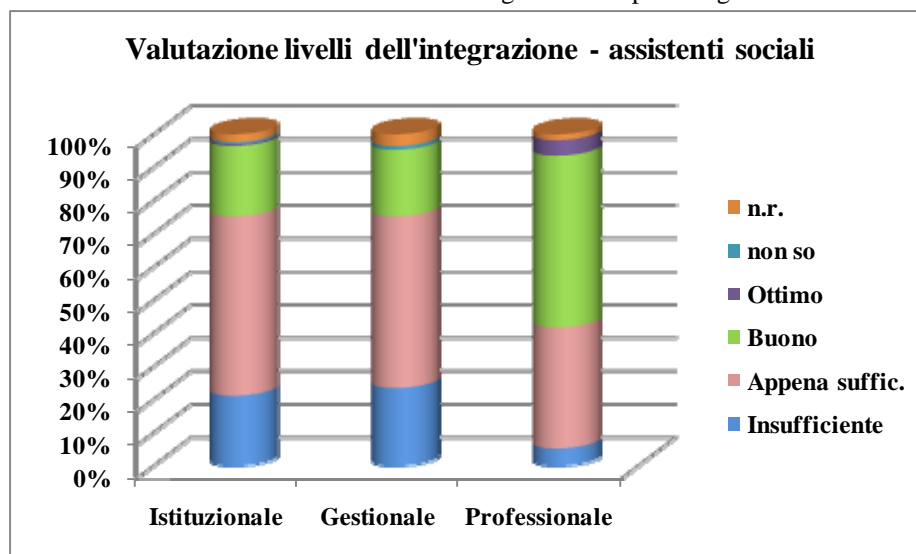
Grafico G14 – Come si realizza l'integrazione per aree territoriali



Nel grafico sono raffigurati i risultati percentuali per ciascuna delle aree territoriali già utilizzate per i referenti distrettuali, ma con una categoria in più (“altro”); mentre infatti i referenti operano tutti su un territorio ben determinato, nel caso del campione di assistenti sociali troviamo una quota (circa il 4%) che lavora ad esempio nei servizi del Ministero della Giustizia, ed ha come bacino di riferimento un territorio più ampio, non necessariamente coincidente con le ripartizioni sin qui utilizzate. Passando all’osservazione dei dati, appare come la valutazione critica sia condivisa sostanzialmente in tutti i territori, con la punta negativa nell’area della provincia di Roma in cui non c’è alcun professionista che ritenga l’integrazione una prassi consolidata (valutazione peraltro condivisa dagli “osservatori esterni”, al di fuori delle ripartizioni territoriali), ma per contro viene rilevata la percentuale minore – seppur di poco – di chi ritiene che sia ancora completamente da sviluppare.

Per approfondire l’analisi è interessante osservare come vengono valutati i diversi livelli dell’integrazione, esaminando i dati rappresentati nel grafico G15.

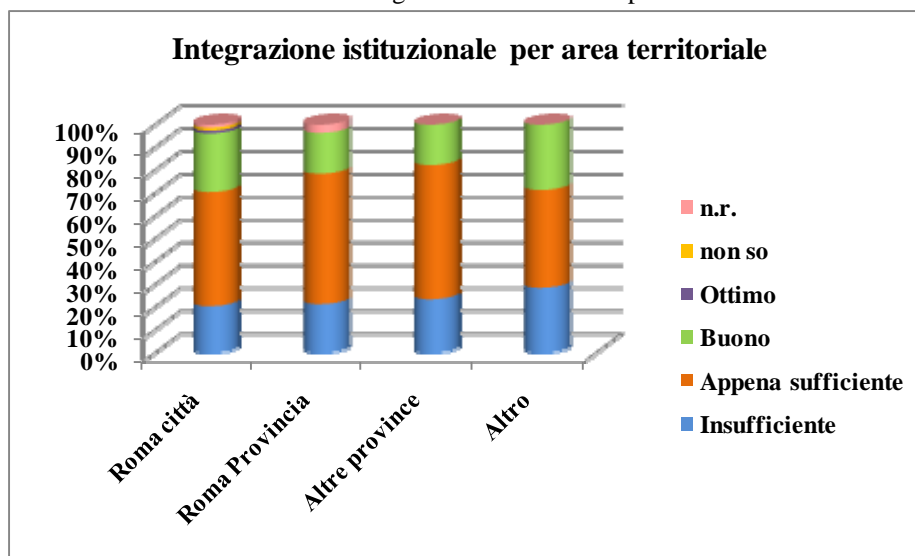
Grafico G15 – Valutazione dei livelli dell'integrazione da parte degli assistenti sociali



La valutazione critica evidenziata nella lettura globale si ripropone anche nell'analisi dei diversi livelli: considerando sostanzialmente negativa – analogamente all'analisi delle risposte dei referenti distrettuali – la modalità “appena sufficiente”, si può osservare nei due livelli istituzionale e gestionale una valutazione pienamente positiva solo in circa il 20% dei casi; migliore la valutazione del livello professionale, che ottiene un buon giudizio da circa il 56% degli intervistati – ben lontano però dal 90% espresso dai referenti distrettuali.

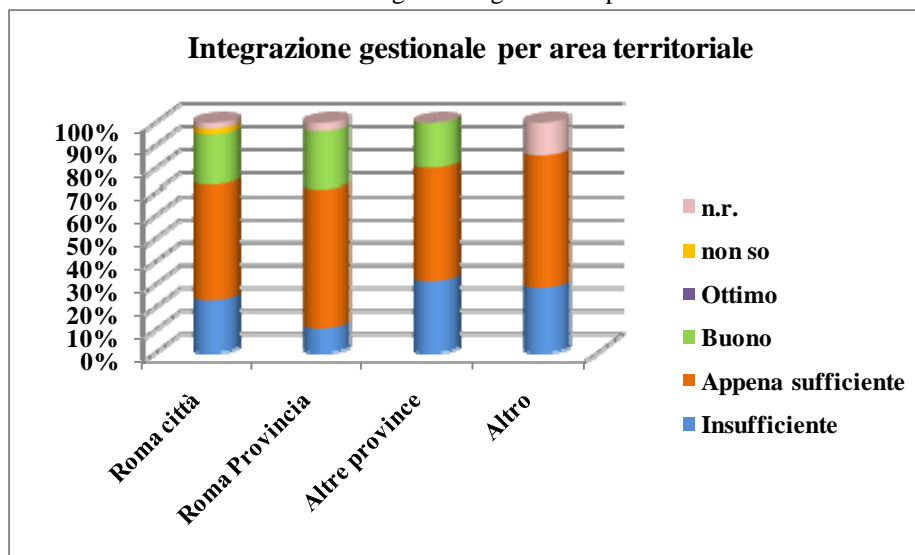
Andando ad approfondire il livello di analisi, è utile anche qui analizzare se le valutazioni si differenziano nelle aree territoriali considerate, a partire dal livello istituzionale dell'integrazione, rappresentato nel grafico G16.

Grafico G16 – Valutazione dell'integrazione istituzionale per area territoriale



Le valutazioni del livello istituzionale dell'integrazione non presentano variazioni molto significative tra i diversi territori: i giudizi positivi sono superiori, in Roma città, di circa 10 punti percentuali rispetto alle aree provinciali, per il resto sostanzialmente si equivalgono; leggermente più ottimisti gli osservatori esterni.

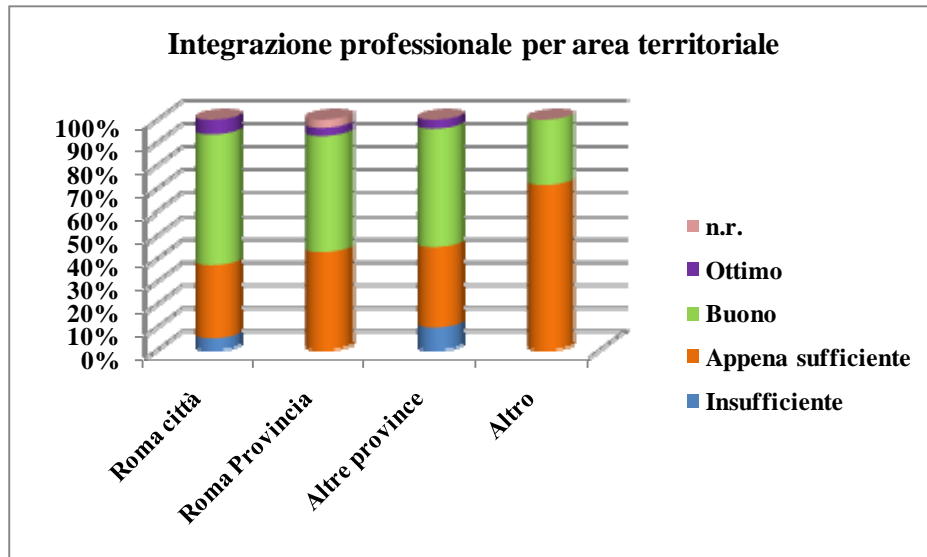
Grafico G17 – Valutazione dell'integrazione gestionale per area territoriale



Nell'ambito del livello gestionale troviamo una certa inversione di tendenza: nell'area cittadina si rileva un calo di valutazioni positive rispetto al grafico precedente, mentre nelle aree provinciali i giudizi migliorano, soprattutto nella

provincia di Roma dove sono globalmente più positivi anche per la minore incidenza delle insufficienze; inversione di tendenza si ha anche negli osservatori esterni, più ottimisti sul livello istituzionale, contrariamente a quello gestionale, in cui i giudizi espressi si collocano tutti sul versante negativo.

Grafico G18 – Valutazione dell'integrazione professionale per area territoriale



Giungendo all'ultimo dei tre livelli analizzati troviamo riproposto per buona parte un assetto simile a quello osservato nel livello istituzionale: valutazioni maggiormente positive nell'area cittadina rispetto alle province, con in più la comparsa di qualche giudizio "ottimo", praticamente assente nei livelli precedenti; il gruppo degli osservatori esterni propone una valutazione maggiormente critica nei confronti dei colleghi, pur risparmiando loro delle vere e proprie insufficienze.

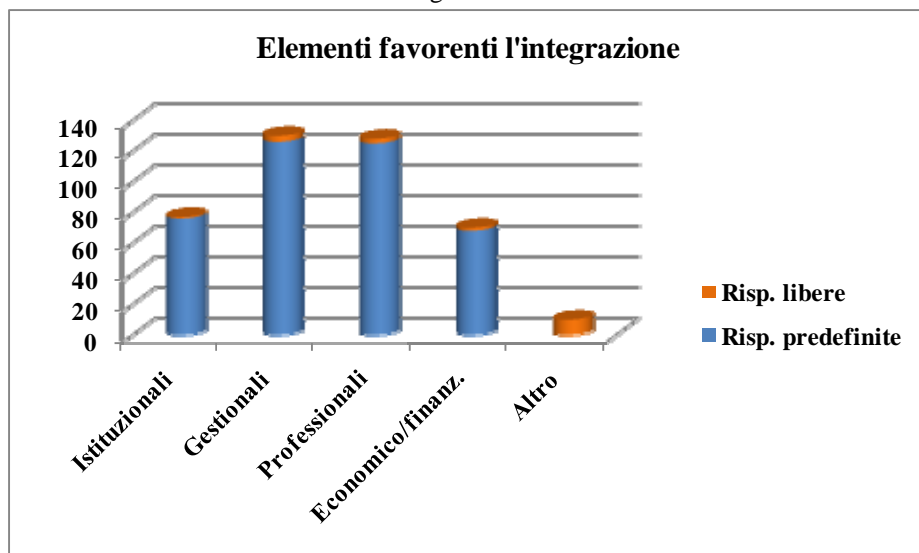
Globalmente si può osservare da un lato, confrontando le valutazioni degli assistenti sociali con quelle dei referenti distrettuali, una conferma in tutti gli aspetti analizzati delle posizioni maggiormente critiche di tali professionisti circa l'effettiva realizzazione dell'integrazione; dall'altro, differenze scarsamente significative tra le valutazioni degli assistenti sociali operanti nelle diverse aree territoriali, sia nei giudizi globali che nell'ambito dei singoli livelli.

7.2.2. I fattori che favoriscono l'integrazione

La struttura delle due domande sui fattori che favoriscono l'integrazione, da un lato, e che la ostacolano, dall'altro, era anche qui quella già proposta ai referenti distrettuali, con le quattro risposte predefinite e la possibilità di indicare ulteriori elementi con risposte libere; analoga è stata anche la modalità di rielaborazione di queste ultime.

Una prima panoramica sui dati relativi a ciò che favorisce l'integrazione si può osservare nel grafico G19.

Grafico G19 – Elementi favorevoli l'integrazione



Dal grafico emerge innanzi tutto un elemento interessante: che gli assistenti sociali hanno utilizzato meno, rispetto ai referenti distrettuali, la possibilità di esprimere giudizi diversi da quelli predefiniti (ma in questo la modalità di intervista telefonica potrebbe aver non aiutato). Riguardo al contenuto delle risposte, si nota una propensione a ritenere maggiormente efficaci ai fini dell'integrazione fattori legati alla motivazione dei dirigenti e degli operatori, ed invece meno influenti fattori quali una cornice normativa adeguata o l'idea che l'integrazione possa ridurre i costi. Questo fa pensare ad una maggiore attenzione ad aspetti concreti, vicini all'operatività; e tale ipotesi sembrerebbe trovare conferma nelle pur poche risposte libere fornite.

Tra queste, in ambito istituzionale infatti viene proposto come elemento favorente l'emanazione di regolamenti applicativi della normativa esistente, mentre a livello gestionale si punta su temi quali l'attivazione reale di quanto previsto dagli accordi di programma, una maggiore realizzazione dei protocolli d'intesa, ed una valutazione dei dirigenti. Come dire: in molti casi i presupposti, normativi e gestionali, ci sono, occorre però farli funzionare.

In ambito professionale vengono messi in evidenza fattori legati alla competenza dei singoli ("capacità professionale di lavorare nell'ottica dell'integrazione") ma anche di gestione del personale ("un sistema premiante, in termini economici e di carriera, che attribuisca valore al lavoro finalizzato all'integrazione") e di carattere organizzativo ("unificare le équipes operative dei territori su determinate aree di fragilità").

In ambito economico/finanziario vengono citati come elementi favorenti l'integrazione una migliore definizione dei fondi di competenza A.S.L. e di quelli degli enti locali, e la possibilità di disporre di risorse aggiuntive da investire in progetti integrati.

Altri fattori evidenziati, che non sono univocamente riconducibili alle categorie sopra menzionate ma offrono uno spaccato indubbiamente interessante, sono:

- ✓ la possibilità di chiarire le competenze a volte sovrapposte (elemento per certi versi "ponte" tra l'aspetto istituzionale e quello gestionale);
- ✓ la facoltà di sospendere il mandato se non viene portato avanti il progetto;
- ✓ il dare scadenze da rispettare, effettuando maggiori controlli;
- ✓ una comunicazione tra servizi più sviluppata ed efficiente, in particolare riguardo alle informazioni sulle prestazioni erogate.

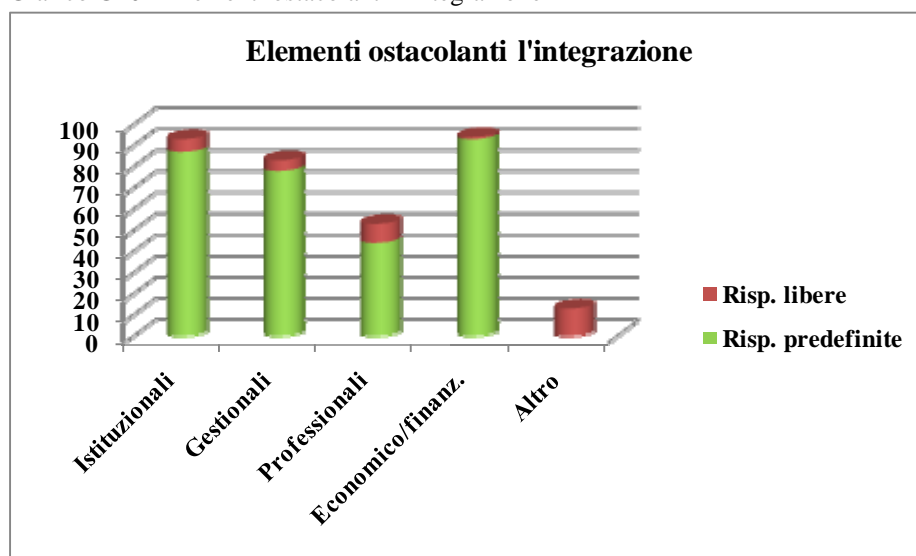
Troviamo poi uno spunto che, come già altri citati in precedenza, si pone in certo modo dalla parte dei cittadini, suggerendo la necessità di una "politica basata sull'inclusione e sulla partecipazione attiva degli attori sociali", ed alcuni commenti che sottolineano da un lato come le norme esistano ma vengano spesso disattese, e dall'altro la necessità di valorizzare gli strumenti già esistenti e potenziarli, a conferma dell'esigenza di un maggiore realismo, ben sintetizzato da uno degli intervistati nella risposta "sviluppare concretamente l'integrazione che rimane

sempre su un livello teorico”. Vedremo tra un attimo se tale senso di operatività sia riscontrabile anche nell’analisi degli elementi che possono ostacolare i processi di integrazione.

7.2.3. I fattori che ostacolano l'integrazione

Una prima panoramica su quelli che gli assistenti sociali ritengono i maggiori ostacoli all’integrazione si può osservare nel grafico G20.

Grafico G20 – Elementi ostacolanti l'integrazione



Da un primo confronto tra questo grafico ed il precedente emerge che globalmente si hanno meno risposte riguardo i fattori ostacolanti, ma un numero leggermente superiore di risposte libere. A proposito dei contenuti, si potrebbe sinteticamente dire che – tranne per il livello professionale, in cui solo circa 1/4 degli intervistati ritiene che la presenza di professionisti diversi possa ostacolare l’integrazione – gli elementi istituzionale, gestionale ed economico/finanziario sono ritenuti rilevanti in misura pressoché equivalente; in particolare spicca – rispetto ai fattori favorenti – la maggiore importanza data ai costi, quasi a dire che l’integrazione costituisce più un costo che un fattore di possibile risparmio.

Passando all’analisi delle risposte libere, è interessante notare come in ambito istituzionale si riferiscano in parte ad elementi di natura politica, in alcuni casi di tipo generico (“influenza dei politici”; “la politica costituisce un impedimento”), in altri

inerente quelle concrete attuazioni della politica che sono orientate ad interessi di parte; un altro gruppo di risposte fa riferimento all'autoreferenzialità presente nelle istituzioni, o al prevalere di logiche settoriali che determinano in maniera rigida gli ambiti di competenza di ciascun servizio.

Tra i fattori ostacolanti a livello gestionale vengono evidenziati da un lato elementi riferiti alla dirigenza (mancanza di interesse, di impegno, rigidità), dall'altro alla carenza di strumenti (protocolli operativi, regolamenti).

In ambito professionale vengono messi in luce diversi aspetti:

- ✓ carenza di risorse umane;
- ✓ carenza di professionalità;
- ✓ mentalità e motivazione degli operatori;
- ✓ differente forza contrattuale tra differenti operatori;
- ✓ scarsa capacità di comunicazione tra diverse figure professionali.

Emergono dunque elementi non legati solo alla quantità di risorse umane, ma anche in certo modo alla qualità dei professionisti coinvolti; mentre in ambito economico viene evidenziata unicamente la scarsità di risorse.

Globalmente si conferma l'attenzione ad aspetti maggiormente operativi, con una messa a fuoco di caratteristiche non solo di tipo oggettivo ma anche soggettivo, in tutti e tre i livelli considerati.

7.3. La valutazione dei testimoni privilegiati

Prima di illustrare quanto emerso nei due focus group è necessario descriverne brevemente i contesti ed i partecipanti.

Il focus group n. 1 si è svolto in un distretto di provincia, il cui ambito territoriale coincide con una decina di comuni, la maggior parte dei quali di piccole dimensioni. Al focus hanno partecipato 9 operatori, così suddivisi: 2 assistenti sociali della A.S.L., 6 assistenti sociali di diversi comuni,¹⁵¹ un'amministrativa dell'ente locale. Degli assistenti sociali due erano uomini. Il focus è durato 1 ora e 35 minuti, con una partecipazione molto vivace della maggior parte dei componenti: una sola

¹⁵¹ Si indicano in tale gruppo, per entrambi i focus, assistenti sociali che, seppur con diverse forme contrattuali, lavorano per gli enti locali; solo alcuni di essi sono dunque dipendenti del comune in senso stretto, ma vengono qui accorpati per indicarne l'appartenenza istituzionale.

assistente sociale ha effettuato unicamente due brevi interventi, e l'amministrativa ha dovuto essere sollecitata, esprimendosi però poi ripetutamente, mentre tutti gli altri hanno contribuito al dibattito in misura consistente e significativa. Il coinvolgimento dei partecipanti ha fatto sì che in molti momenti (se ne contano 95 in tutto il focus) si siano create sovrapposizioni di voci che parlavano simultaneamente, o commenti in sottofondo, che in alcuni passaggi hanno creato qualche difficoltà nella trascrizione della registrazione.

Il focus group n. 2 si è svolto in uno dei municipi di Roma, e vi hanno partecipato 5 operatori, di cui un assistente sociale della A.S.L., 3 assistenti sociali del municipio ed un'amministrativa del municipio. Anche qui, due assistenti sociali erano uomini. In questo caso il numero ridotto dei componenti (causato da alcune defezioni dell'ultimo momento, dovute a problemi contingenti) ha probabilmente influito sia sulla durata (1 ora e 12 minuti) sia, almeno in parte, sull'andamento generale del focus: molto più ordinato del precedente, con poche sovrapposizioni di voci (una decina in tutto), ma in compenso altrettanti momenti di silenzio, perlopiù dopo una domanda inerente la traccia, ma anche a conclusione di un intervento; ha visto una forte partecipazione di 3 assistenti sociali, e minoritaria – ma comunque quantitativamente e qualitativamente significativa – dell'altra assistente sociale e dell'amministrativa (che, anche in questo caso, ha avuto bisogno della sollecitazione da parte di uno degli assistenti sociali).

Quanto emerso dai focus group verrà adesso esposto suddividendolo in quattro sezioni, che in parte ripropongono fattori già analizzati nei paragrafi precedenti: l'avvio dell'esperienza; gli elementi che hanno favorito e favoriscono l'integrazione; gli elementi che la ostacolano; la *cultura* dell'integrazione.

7.3.1. L'avvio delle esperienze di integrazione

L'obiettivo della domanda introduttiva del focus ("Quando e come ha avuto inizio questa esperienza?") era non solo quello di rendere più facile l'avvio della discussione, ma anche e soprattutto di far emergere il ruolo dei tre livelli (istituzionale, gestionale e professionale) nella fase iniziale.

Nell'avvio dell'esperienza del FG1 – attiva da circa 8 anni – si possono ravvisare elementi relativi a tutti e tre i livelli; da un punto di vista istituzionale, gli

operatori hanno messo in luce l'aspetto cogente delle normative: dapprima la L. R. 38/96, che prevedeva l'istituzione del servizio sociale in tutti i comuni, e poi successivamente le leggi nazionali (L. 285/97 e L. 328/00) che spingevano verso una progettazione comune, hanno fatto sì che nascesse un associazionismo tra i diversi comuni, molti dei quali sino al 2002 erano sprovvisti di servizio sociale professionale. Dal punto di vista gestionale-organizzativo sino ad allora il servizio sociale della A.S.L. aveva di fatto supplito – dove possibile – alla carenza in ambito comunale, ma via via la situazione si era andata facendo sempre più difficile. Potremmo dunque dire che l'avvio formale e strutturato di questa esperienza nasce dall'incontro tra la cogenza delle normative ed un bisogno organizzativo; gli operatori hanno però evidenziato che a livello professionale l'integrazione era già presente in precedenza, anche per una necessità di confronto tra colleghi sui singoli casi:

[(9), assistente sociale Comune di X]: “l'integrazione socio-sanitaria, a livello comunque personale e professionale, c'è sempre stata, con le colleghe, con la (1),¹⁵² io appena arrivata gli assistenti sociali non esistevano nel Comune di X, quindi io mi sono subito ... il mio riferimento è stata (1), è stata A., le colleghe che comunque lavoravano sul nostro distretto (A.S.L., N.d.R.)”.

Pur osservando che non tutto era sempre andato liscio, che c'erano stati degli scontri, tutti i partecipanti hanno convenuto che l'impulso istituzionale si è innestato su una realtà professionale già operativa:

[(1), assistente sociale A.S.L.]: “questo pensiero professionale ha fatto da *humus* e da base e quando finalmente sono arrivate le leggi noi eravamo pronti. Quasi tutti con la testa pronta”.

L'avvio dell'esperienza del FG2 presenta alcune similitudini con quella precedente ma anche delle sostanziali differenze; la prima importante divergenza sta

¹⁵² I numeri tra parentesi indicano operatori presenti al focus group, le lettere maiuscole puntate altri operatori non presenti.

nel ruolo dei fattori istituzionali, che qui non compaiono, probabilmente perché, come esplicitato dagli operatori,

[(1), assistente sociale A.S.L.]: “il progetto nasce ... poco prima di una indicazione legislativa/istituzionale della regione Lazio (...) questa A.S.L. l’ha un pochino anticipato”.

Altra differenza con l’esperienza precedente sta nel fatto che l’elemento gestionale/organizzativo nella prima si era manifestato più come un bisogno che come un fattore facilitante, mentre in questo caso emerge la consapevolezza della necessità di condividere i documenti di pianificazione, e di formalizzare un insieme di procedure e protocolli, che fa del livello gestionale un volano per la realizzazione dell’esperienza integrata.

L’elemento che invece accomuna le due esperienze è senz’altro quello della preesistenza, rispetto al momento della formalizzazione, di un tessuto di integrazione professionale tra gli assistenti sociali del territorio, appartenenti alla A.S.L., al municipio, al terzo settore:

[(1), assistente sociale A.S.L.]: “è stata una scelta, voluta, determinata e costruita dagli assistenti sociali e sotto il beneplacito della A.S.L. ...”.

Dal raffronto tra le due esperienze emerge dunque come elemento comune forte per l’avvio delle esperienze l’input fornito dalla collaborazione tra professionisti, che deve poi trovare nella regolamentazione normativa e programmatica una sua stabilità. Del resto, già implicitamente il P. S. N. 1998/2000 riconosceva l’esistenza di una realtà di questo tipo, quando sosteneva che “se non vengono predisposte condizioni istituzionali e gestionali per coordinare gli interventi dei diversi settori impegnati nella produzione di servizi, l’integrazione professionale non può bastare per migliorare la qualità e l’efficacia delle risposte”.

7.3.2. I punti di forza che favoriscono l’integrazione

Nella traccia utilizzata per i focus group i punti di forza e le criticità relative all’avvio dell’esperienza erano trattate separatamente dagli elementi che, in senso più

generale, favoriscono ed ostacolano l'integrazione; nella discussione tali aspetti si sono invece spesso intersecati tra loro, anche perché le riflessioni comunque partivano dalla specifica esperienza che gli stessi operatori stavano realizzando. Per tale motivo dunque – oltre che per maggiore compattezza dell'analisi – si esamineranno adesso globalmente ed in maniera trasversale ai due focus group tutti gli aspetti a favore dell'integrazione e successivamente tutte le criticità, cercando di coglierli gli elementi riferibili ai tre livelli dell'integrazione.

Si può iniziare l'osservazione dei materiali a partire dalla rilevanza quantitativa dei segmenti di testo significativi dedicati ai diversi livelli nei due focus group, riportata in tab. G21.

Tabella G21 – Presenza di segmenti significativi relativi ai punti di forza nei diversi livelli

Livelli di integrazione	Focus Group 1	Focus Group 2
Istituzionale	3	0
Gestionale	0	2
Professionale	10	9

Dalla tabella emerge un primo punto di contatto con quanto visto nel paragrafo precedente circa l'avvio delle esperienze integrate, ovvero l'assenza, nella discussione, di elementi favorevoli per il livello gestionale nel FG1, e per il livello istituzionale nel FG2.

In ambito istituzionale, nel FG1 sono stati evidenziati essenzialmente due fattori: da un lato la formalizzazione attraverso accordi interistituzionali tra i diversi comuni, dall'altro un miglior rapporto – rispetto ad altre realtà – tra la politica ed i servizi, maggiormente improntato alla collaborazione e meno invasivo. Vedremo come quest'ultimo elemento, introdotto tra i punti di forza da un assistente sociale che aveva avuto precedenti esperienze in altri territori (regionali ed anche fuori regione), sia stato in realtà maggiormente segnalato tra i fattori negativi.

In ambito gestionale, nel FG2 sono stati evidenziati due elementi: la formalizzazione più operativa dell'esperienza che si andava portando avanti, e la

continuità nel tempo degli operatori come fattore che favorisce l'organizzazione del servizio.

Il livello professionale, in coerenza con gli obiettivi di questo ramo della ricerca, è quello maggiormente rappresentato nella discussione, in entrambi i focus group; in tale ambito nella traccia si era cercato di indirizzare l'attenzione – in particolare nella seconda parte – verso aspetti legati al ruolo professionale ed all'appartenenza istituzionale, per valutare se e come questi influiscano su tale livello dell'integrazione. Nell'ambito dei punti di forza non è emerso niente riguardo l'appartenenza istituzionale, mentre sono stati toccati alcuni punti interessanti circa i diversi ruoli professionali: da un lato, relativamente agli assistenti sociali, è stata evidenziata l'importanza della cultura professionale, che ha sostenuto il processo di nascita “dal basso” delle due esperienze, e la possibilità di esercitare il proprio ruolo in maniera trasversale tra i diversi ambiti (ad esempio, l'accoglienza e la specifica area/servizio); dall'altro, l'importanza della diversità delle professioni e della complementarietà dei ruoli:

[FG1, (4), assistente sociale Comune di Y]: “ma questa diversità professionale è una ricchezza, se ognuno riconosce il ruolo dell'altro, e la competenza dell'altro, e se noi siamo capaci pure di farce rispettar, cioè di essere professionisti noi ...;

[FG1, (2), amministrativa Ufficio di Piano]: “però la cosa buona, forse è questa ... una scissione proprio di ruoli, che è importante, cioè ognuno ... io faccio la mia parte, io ecco ... facciamo un progetto, ecco, nella integrazione forse il risultato migliore è questo ... (9) prepara il progetto, fa la parte, e la parte finanziaria la faccio io ...”.

Nell'ambito di entrambi i focus group sono poi emersi diversi altri fattori che favoriscono l'integrazione, inerenti sempre il livello professionale;

- ✓ dal punto di vista dei singoli, si sente l'importanza del confronto professionale (in entrambi i FG, ma maggiormente nella realtà provinciale) e si vede l'integrazione come uno strumento di crescita professionale attraverso l'arricchimento reciproco;

- ✓ in entrambi i FG sono stati segnalati elementi a carattere relazionale: rispetto e stima dell'altro, riconoscimento reciproco anche attraverso la critica costruttiva, e più in generale una disponibilità relazionale tra gli operatori:

[FG2, (5), assistente sociale Municipio]: “credo che l'integrazione sia ... abbia alla base una disponibilità relazionale tra gli operatori ... cioè, lavorando da 10 anni in questo territorio credo che prima dell'integrazione tra ... servizi, si è creata, come dire, l'integrazione tra operatori, e una relazione tra gli operatori ...”;

c'è peraltro la consapevolezza che tutto ciò va anche, in parte, costruito, tessendo continuamente relazioni – umane, prima ancora che professionali – con i colleghi, anche di altre professioni, del proprio e degli altri servizi;

- ✓ in entrambi i FG è stata messa in rilievo l'importanza di raggiungere progressivamente un amalgama del gruppo, uno “spirito di gruppo”, e – nel FG in provincia – di come il “fare squadra” tra professionisti di enti diversi aiuti e sostenga il lavoro dei singoli:

[FG1, (1), assistente sociale A.S.L.]: “abbiamo imparato sulla nostra pelle che da soli molte volte non ci si fa, e se non si fa squadra, non raggiungiamo gli obiettivi, e questo vale per il rapporto diretto con la persona come vale con i servizi come vale con l'organizzazione (*voci di sottofondo*) poter fare squadra professionale è fondamentale, anche perché ti si apre il mondo, ti si aprono gli orizzonti ...”;

[FG1, (6), assistente sociale Comune di Z]: “cioè, ti è utile perché tu ti senti comunque la forza ... cioè sì, stai lì, non sei però da sola ... quindi questo secondo me è importante ...” .

Un'ultima risorsa inerente il livello professionale – emersa nel focus group della provincia – è quella della formazione: sia quella di base, che “apre la mente” alla capacità di lavorare con gli altri, sia quella continua, che contribuisce a creare un

“patrimonio comune aggiornato che va avanti nel tempo ...” [FG1, (1),
assistente sociale A.S.L.].

Nell'ambito del focus group di Roma sono stati segnalati due ulteriori punti di forza – riferiti nello specifico all'avvio dell'esperienza – che non sono inscrivibili in alcuno dei tre livelli, ma che appare interessante riportare: l'attenzione al “lato del cittadino”, e dunque alla possibilità di avere, attraverso un intervento integrato, una visione globale del bisogno, e di fornire al cittadino una risposta completa; e l'ultimo elemento, ma certamente non di poco conto, è stata la disponibilità di locali, messi a disposizione da uno degli enti interessati, per la realizzazione dell'attività integrata.

7.3.3. Le criticità che ostacolano l'integrazione

Parallelamente all'analisi dei punti di forza, anche per le criticità iniziamo l'osservazione dalle frequenze dei segmenti di testo significativi dedicati ai diversi livelli nei due focus group, riportata in tab. G22.

Tabella G22 – Presenza di segmenti significativi relativi alle criticità nei diversi livelli

Livelli di integrazione	Focus Group 1	Focus Group 2
Istituzionale	12	2
Gestionale	7	2
Professionale	19	10

Una prima riflessione, suggerita dalla tabella, è quella del diverso peso quantitativo degli elementi di criticità rispetto ai punti di forza nel dibattito sviluppatosi nel focus group 1, mentre nel 2° troviamo un sostanziale equilibrio.

Passando all'analisi dei contenuti emersi, in particolare riguardo al livello istituzionale, nel FG1 (dove tale tema è molto presente) vengono in evidenza principalmente due polarizzazioni:

- ✓ la separatezza istituzionale tra enti diversi, che si circoscrive in molti casi in visioni particolaristiche dei comuni, quando non in vere e proprie forme di

campanilismo (termine utilizzato per ben 5 volte da 3 diverse partecipanti), con la conseguente necessità di chiarire i diversi ruoli istituzionali:

[FG1, (9), assistente sociale Comune di X]: “certo, bisogna anche dire, e diciamolo, che il campanilismo ancora un po’ rimane, no? il Comune di ... che ne so ... i Comuni dicono: «ah, però la A.S.L. non deve avere la titolarità su questa cosa», magari la A.S.L. dice «e va beh, però è sanitaria» ...”;

[FG1, (4), assistente sociale Comune di Y]: “a livello istituzionale deve esser fatta questa integrazione ... dev’esser chiaro, al Comune: pezzo della A.S.L. pezzo del Comune ...”;

- ✓ la difficoltà del rapporto – peraltro ineludibile, nell’ente locale – tra tecnici e politici, legato sia alla discontinuità della presenza dei secondi dovuta agli avvicendamenti, sia spesso ad una loro scarsa competenza in ambito sociale, ed ancor meno riguardo all’integrazione tra sociale e sanitario; difficoltà che si sostanzia sovente in una invasività dei politici stessi nell’operatività quotidiana dei tecnici (elemento quest’ultimo segnalato – pure se in misura minore – anche nella realtà cittadina del FG2):

[FG1, (1), assistente sociale A.S.L.]: “perché pensano che diventare assessore ai servizi sociali o assessore alla sanità sia essere operatori, quindi fanno sconfinamenti ...”;

[FG1, (5)¹⁵³, assistente sociale Comune di W]: “posso assicurare che là dove la politica – la politica non intesa in senso buono, ma in senso cattivo, invade questi servizi, si rovina tutto, si rovina ...”;

[FG2, (5), assistente sociale Municipio]: “sulla parte politica nel caso del Municipio purtroppo c’è un’invasione ... spesso di ... segnalazioni porta a porta, e via dicendo”.

¹⁵³ Chi parla qui è l’assistente sociale con esperienze di lavoro in altri contesti territoriali, che nel segnalare l’invasività della politica, in generale, come elemento di criticità, ha però sostenuto che nel distretto in cui adesso opera tale aspetto si presenta in misura minore rispetto ad altri luoghi.

Un ulteriore fattore evidenziato, in entrambi i focus group, ma con una minore rilevanza rispetto ai precedenti, è a carattere più burocratico/amministrativo, legato alla necessità di istituzionalizzazione e formalizzazione delle procedure, percorso che richiede tempi più lunghi di quanto l'operatività dei professionisti auspicherebbe.

In ambito gestionale sono emersi diversi elementi, in particolare sempre nel FG1:

- ✓ difficoltà legate ad aspetti strettamente organizzativi, ovvero a specifici assetti dell'organizzazione dei servizi che si rivelano non funzionali all'integrazione, o a differenze di orari di aperture dei servizi, o al turn-over degli operatori che crea problemi anche da questo punto di vista (elemento, quest'ultimo, segnalato nel FG2):

[FG1, (9), assistente sociale Comune di X]: “abbiamo delle difficoltà a lavorare con dei servizi, che ne so, con il servizio di psicologia, vero, (4)? dell'unità di psicologia ...”;

[FG2, (5), assistente sociale Municipio]: “in questi 6 anni, sono ruotate 3 équipes (...) questo è stato all'inizio un punto di criticità perché ... era un ricominciare da capo e anche l'operatore che entrava, l'équipe che entrava doveva crearsi ... come dire, doveva creare gruppo con la rete che esisteva ...”;

di particolare interesse si è rivelata anche, nel FG1, una lunga discussione su uno specifico aspetto operativo (fare/non fare una certa relazione), che a parere di chi scrive ha “agito” in diretta una difficoltà organizzativa e di integrazione tra enti locali ed A.S.L.;

- ✓ difficoltà a carattere relazionale, in particolare dei dirigenti con i politici, e problematiche di comunicazione tra servizi diversi;

- ✓ difficoltà di passaggi tra i diversi livelli: da un lato, nell'acquisire a livello gestionale ciò che già si realizza operativamente in quello professionale; dall'altro, ad attuare concretamente ciò che è previsto negli atti programmatori:

[FG1, (1), assistente sociale A.S.L.]: “forse il livello organizzativo è faticosamente ... sta faticosamente decollando (...) è stata una fatica bestia, perché la difficoltà non era nostra, che erano buone prassi già esistenti, la difficoltà è stata far gli step successivi ...”;

[FG1, (4), assistente sociale Comune di Y]: “quello che è stato scritto sul Piano, poi non viene attuato, ...”.

Il livello professionale costituisce, anche nell'analisi delle criticità, quello maggiormente dibattuto in entrambi i focus group, con tematiche legate al ruolo, all'appartenenza istituzionale, e ad una serie di altri fattori.

Il ruolo professionale, nell'interazione con gli altri operatori, può sollevare una serie di problematiche relative a diversi aspetti:

- ✓ possibili chiusure all'interno della propria categoria, in un atteggiamento difensivo (tema emerso in entrambi i focus group), magari anche con la presunzione di poter rivestire contemporaneamente il ruolo tecnico e quello politico:

[FG1, (4), assistente sociale Comune di Y]: “io volevo dire questo: che noi non dobbiamo avere la presunzione – e noi assistenti sociali ce l'abbiamo, ce l'abbiamo avuta, a secondo l'amministratore che ti capita sottomano, perché son trent'anni che lavoro – di essere contemporaneamente tecnico e politico. Cioè, noi dobbiamo fare i tecnici, dare dei suggerimenti, fare il quadro della situazione del tuo territorio perché la conosci, appunto, dare dei suggerimenti rispetto a determinati servizi, come impostarli, quello che si potrebbe fare (...) e il politico deve fare il politico, cioè deve dare gli indirizzi. E noi assistenti sociali dobbiamo seguire quegli indirizzi ...”;

in una logica contrapposta ma per certi versi identica, potremmo dire, rispetto ai politici che “fanno gli operatori”;

- ✓ difficoltà nel relazionarsi con le altre professioni, in parte legata a fattori oggettivi quali il dislivello di collocazione contrattuale (particolarmente sentito in ambito sanitario) tra l'assistente sociale e gli altri professionisti; ma anche e soprattutto, se si osservano le frequenze, ad aspetti soggettivi, relativi a come gli assistenti sociali vedono se stessi nel confronto con gli altri professionisti e, reciprocamente, a come gli altri vedono e riconoscono il ruolo professionale degli assistenti sociali. In questo senso nel FG1 sono emersi, all'interno, vissuti di non sufficiente consapevolezza del proprio ruolo ed un'eccessiva umiltà, quando non addirittura vera e propria “sudditanza” verso altri professionisti:

[FG1, (8), assistente sociale A.S.L.]: “però io mi devo ... io assistente sociale mi devo sentire all'altezza del medico, perché se io mi sento al disotto del medico ...”

[FG1, (6), assistente sociale Comune di Z]: “già che fai 'sto discorso ... no, che uno mi dice «mi devo sentire all'altezza» ... io ho la mia professionalità ...”;

altrettanto importanti, e riscontrate con maggior frequenza in entrambi i focus group sono le criticità provenienti dalla mancanza di riconoscimento del ruolo dell'assistente sociale da parte di altri professionisti (nel FG1, attraverso il racconto, con dovizia di particolari, di diversi episodi concreti):

[FG2, (2), assistente sociale Municipio]: “c'è una ... sorta di non riconoscimento della professionalità soprattutto ... da parte dei medici, sia che siano psicologi o medici ... neuropsichiatri, eccetera ... verso la figura dell'assistente sociale ...”;

[FG1, (8), assistente sociale A.S.L.]: “ecco, le nuove generazioni di medici, qualche cosa si riesce a fare, con gli psicologi con qualcuno si riesce a fare ... abbiamo recuperato molto con gli psicologi, perché loro erano dottori, e noi eravamo ... gli assistenti ... *(voci che si*

sovrappongono) ... le suore svestite, ecco ... invece negli ultimi anni credo che abbiamo fatto dei grossi passi avanti rispetto a questo ... però dobbiamo ogni giorno ricontrattarcelo, ogni giorno difenderci quello che abbiamo recuperato ...”;

- ✓ difficoltà che hanno origine in carenze organizzative ma si ripercuotono fortemente sulla possibilità di svolgere al meglio il proprio ruolo professionale; in particolare, il tema della precarietà lavorativa

“dipende dal contratto che hai ... dal *collare*, quanto ce l’hai stretto ...”
[FG1, (8), assistente sociale A.S.L.],

e quello della mancanza del lavoro di *équipe*, entrambi emersi nel focus group della provincia.

Diversamente da quanto avvenuto per i punti di forza, tra le criticità a carattere professionale ne sono emerse alcune anche relative all’appartenenza istituzionale, in entrambi i focus group, ed in particolare:

- ✓ ad una criticità operativa messa sul tavolo, ed agita, all’occhio dell’osservatore esterno, con un forte senso di appartenenza ai propri enti, nel FG1, da tre assistenti sociali (una della A.S.L. e due di diversi comuni) ha fatto da contraltare, nel FG2, una riflessione riguardo una sorta di “gelosia professionale”, avviata dall’assistente sociale della A.S.L. e poi condivisa da altri:

[FG2, (1), assistente sociale A.S.L.]: “è che certe volte l’integrazione non si sviluppa fino in fondo perché c’è una sorta di gelosia, anche all’interno dell’integrazione c’è una sorta di gelosia, tra ... tra gli operatori (...) assistenti sociali, ovviamente, che non ti permettono (...) di trovare i tuoi spazi di relazione anche con gli altri operatori indipendentemente da te ...”

[FG2, (5), assistente sociale Municipio]: “è quasi più ... paradossalmente più facile creare relazione con un’altra professione piuttosto che con la stessa professione ...”

[FG2, (2), assistente sociale Municipio]: “io l’ho riscontrata, è vera anche questa cosa perché anch’io mi son trovata in difficoltà a comunicare con assistenti sociali della A.S.L., ai quali dovevo chiedere dei percorsi fatti da ... degli utenti, per evitare ... di doppiare il percorso, no? e ... mi son ritrovata a chiedere informazioni che mi sono state negate, oppure ... diciamo che ci si è girato intorno ... e quindi questo è ... questo è per affermare la propria unicità del rapporto ...”;

- ✓ in entrambi i focus group si è sviluppata una riflessione riguardo a quando e perché l’appartenenza tende a diventare un ostacolo all’integrazione:

[FG1, (1), assistente sociale A.S.L.]: “abbiamo tutti bisogno di un piccolo tetto in testa che ci identifica ... non come identità per crescere ed espandersi, ma come identità per difendersi ... passa la cultura del difendersi da quella dell’accogliere ...”

[FG2, (1), assistente sociale A.S.L.]: “l’appartenenza ... ripeto, per me va superata ... nell’integrazione va superata ... va superata sia l’appartenenza al ruolo sia l’appartenenza ... istituzionale ... perché ogni qualvolta tu ti ancori all’appartenenza, lavori contro l’integrazione ... c’è poco da fare ... non dico che bisogna perderla ... l’appartenenza serve soltanto a mettere a disposizione le risorse della propria appartenenza, punto. E qui ... se ti ancori all’appartenenza, non lavori ...”

[FG2, (5), assistente sociale Municipio]: “... neghi l’integrazione ...”

[FG2, (1), assistente sociale A.S.L.]: “... neghi l’integrazione, quindi ... credo che sia ... più dimentichi l’appartenenza, ricordandoti soltanto gli aspetti positivi per l’utente dell’appartenenza (...) perché ogni qualvolta uno dice “io appartengo a”, dice, sta per dire “non mi compete”, non è mia competenza, quindi ...”

[FG2, (5), assistente sociale Municipio]: “diventa forte il castello dell’appartenenza quando ci sono ... chiusure o esperienze negative di ... di relazione con altri operatori o con altri servizi ... è chiaro che ... accumulare esperienze positive di lavoro fatto insieme facilita, insomma, ... il calare delle appartenenze ...”.

In entrambi i focus group sono poi emersi ulteriori elementi, non ascrivibili ad aspetti relativi al ruolo o all'appartenenza istituzionale, ma significativi dal punto di vista del livello professionale, ed in particolare:

- ✓ fattori legati a caratteristiche del singolo operatore, quali l'abitudine a lavorare da soli, oppure una certa rigidità, o una mancanza di formazione specifica;
- ✓ la "fatica" del lavorare insieme (ad altri operatori, ad altri servizi), senza magari raggiungere i risultati voluti:

[FG1, (9), assistente sociale Comune di X]: "... e alla fine ci lavori, ci lavori ... ci abbiamo passato due settimane per niente ...",

che può portare ad un calo degli entusiasmi iniziali:

[FG2, (1), assistente sociale A.S.L.]: "una delle criticità di ogni esperienza nuova è che quando le esperienze nuove si ... stranamente e paradossalmente si fortificano, nel momento in cui si fortificano si indeboliscono ...";

- ✓ differenze insite nella diversità delle professioni, a partire dai contenuti professionali e dal linguaggio utilizzato, tra professionisti, ma anche nei confronti degli utenti:

[FG1, (2), amministrativa Ufficio di Piano]: "... una difficoltà che incontro spesso e volentieri è proprio la ... la capacità di parlare nello stesso linguaggio, nel senso che un'amministrativa parla in un certo modo, e un assistente sociale parla in un altro ... allora, quando l'assistente sociale chiede finanziamenti, fondi e roba varia io non riesco a fargli capire che ci sono dei vincoli, delle procedure ... e dei tempi, che noi non riusciamo a ... a contenere";

[FG1, (3), assistente sociale Comuni di J, K e Y]: "... ci sono dei professionisti che parlano un linguaggio ... molto ..."

[FG1, (4), assistente sociale Comune di Y]: "... appositamente ostico ..."

[FG1, (3), assistente sociale Comuni di J, K e Y]: "professionale, eccetera eccetera, e l'utente non capisce, ma non capisce veramente, eh! e poi viene dall'assistente sociale a chiedere lumi";

sino a giungere ad una vera e propria differente visione dell'utente che si ha davanti (nel racconto di uno specifico episodio da parte dei due assistenti sociali A.S.L., nel FG1, l'anziana presso cui si erano recati assumeva per loro la veste di *persona*, mentre per il medico restava un *fascicolo*, una pratica da sbrigare);

- ✓ anche in questo caso sono state segnalate, in particolare nel FG2, disfunzioni organizzative quali la mancanza di riunioni di équipe o il turn-over degli operatori, che giocano a sfavore della possibilità di integrazione professionale.

7.3.4. La cultura dell'integrazione

Un tema interessante, che era emerso in alcune risposte libere dei referenti distrettuali, era quello della *cultura* dell'integrazione, indicata talvolta come fattore favorente o – qualora scarsa o assente – come elemento di criticità. Indagare in che cosa potesse consistere, e cosa potesse favorirla o diffonderla, non era possibile nel contesto della somministrazione dei questionari, ma si è ritenuto che potesse essere tema di discussione nei focus group, e per tale motivo si sono introdotte nella traccia alcune domande, volte a cercare di darne una definizione e capire in quali modi la si possa diffondere.

Il tema è stato affrontato in entrambi i focus group, anche se il 1° si è concentrato maggiormente sugli aspetti che connotano la cultura dell'integrazione ed in qualche modo la favoriscono, mentre il 2° su come sia possibile diffonderla.

In entrambi i focus è emerso come secondo gli operatori interpellati la cultura dell'integrazione esista, anche se in divenire:

[FG1, (1), assistente sociale A.S.L.]: “c’è, c’è, per me ... va solo tirata fuori ...”;

[FG1, (8), assistente sociale A.S.L.]: “rispetto alla cultura, la cultura dell’integrazione è una cosa che viene con un divenire ...”;

[FG2, (2), assistente sociale Municipio]: “secondo me, si può parlare di cultura dell’integrazione, però la vedo come una ... casa che ancora si sta costruendo ... con ... dei mattoncini ... con dei mattoncini che ancora si stanno aggiungendo ... però la vedo ancora in costruzione, ci dobbiamo lavorare, ognuno ... e forse anche la ... diversa competenza ... professionale ci permette di ... ad uno mettere il cemento, all’altro di aggiungere il mattone (...) però ... ecco, a volte, siccome è una cosa ancora in costruzione, come dicevo prima, poi diventa ... ci possono essere dei momenti di blocco, dei momenti nei quali comunque si buttano giù i mattoni invece di costruire, però ... questo non vuol dire che non si va avanti, perché ... secondo me è normale che quando si costruisce qualcosa ci si scontra anche, perché si deve trovare pian piano il linguaggio comune ... e per trovarlo comunque ognuno dei due piano piano deve rinunciare a qualcosa per acquisirne ... acquisire qualcosa di nuovo ... quindi ... secondo me ... si sta andando avanti, piano piano però si sta andando avanti ...”.

Il punto di partenza della cultura dell’integrazione è, per i partecipanti al FG1, la visione dell’uomo nella sua globalità, nel complesso dei suoi bisogni; e per poterla maggiormente sviluppare occorre far leva *in primis* su quelle capacità di rispetto reciproco e riconoscimento delle competenze, già indicate nell’ambito del livello professionale, che favoriscono la necessaria apertura mentale. La cultura dell’integrazione è anche in rapporto più generale con la cultura delle persone, operatori soprattutto, e frutto della condivisione di procedure:

[FG1, (5), assistente sociale Comune di W]: “se posso dire un’opinione personale, tante volte l’integrazione socio-sanitaria dipende dalla cultura delle persone ... perché poi possiamo parlare dell’integrazione per ore, dipende dalla cultura che c’hanno le persone, gli assistenti sociali, e poi le istituzioni che li rappresentano, insomma ...”

[FG1, (4), assistente sociale Comune di Y]: “la cultura dell'integrazione passa anche attraverso una condivisione di procedure, di schemi di valutazione ...”,

dove si intravede come in questo ambito possa essere importante non solo il risultato ottenuto (la procedura), ma anche il processo di condivisione attraverso il quale lo si è ottenuto.

Un elemento di criticità, o comunque di contraddizione, è stato messo in evidenza sempre nel FG1: ovvero il contrasto tra la promozione di una cultura dell'integrazione ed un certo sviluppo dell'ottica prestazionale:

[FG1, (1), assistente sociale A.S.L.]: “rispetto a questa situazione attuale di servizi, di operatori professionisti, di cittadini e di organizzazioni ... ho la sensazione che si vada sempre più verso un'ottica di prestazione secca, avulsa e staccata dal contesto, che verso un'ottica di lettura del problema, presa in carico, e interconnessione nelle prestazioni singole. Cioè, nella testa sta passando – delle persone, dei professionisti, degli amministratori – sta passando comunque il concetto del mordi e fuggi ... cioè, c'è questo problema? questa è la pilloletta ... c'è quest'altro problema? questa è la pilloletta (...) forse la sfida attuale dei servizi è proprio questa ... è inutile che mi fanno tutte le normative regionali che va fatto un PAI, il Piano Assistenziale Individualizzato, quando comunque viene disconfermato quotidianamente sull'ottica prestazionale ... anche nei nostri servizi c'è il discorso di vedere quante sono le prestazioni che facciamo ... poi, vagli a far capire che una presa in carico, un colloquio deve durare ... può durare mezz'ora ma può durare anche di più, ma non perché noi ... non abbiamo gli strumenti o non sappiamo distinguere, ma perché bisogna rispettare i tempi della persona ...”.

Il tema di come diffondere la cultura dell'integrazione è stato visto sotto diverse angolature: da un lato è stata messa in luce, nel FG1, l'utilità in tal senso di una formazione integrata, tra i diversi professionisti ed anche tra gli amministratori, e di una regolarità di incontri e di relazioni che costruiscano una base comune; dall'altro è emerso come un'esperienza integrata, se funziona, e lo si fa vedere, sia diffusiva di per sé:

[FG2, (1), assistente sociale A.S.L.]: “a diffonderlo si fa facendolo vedere ... facendolo vedere, soprattutto ... per esempio, noi abbiamo dovuto penare molto per fare questo ... per trovare - non ci siamo ancora riusciti del tutto - per trovare una formula integrata di intervento per le problematiche più difficili che sono quelle psichiatriche ... tra dipartimento di salute mentale/sanità e servizio sociale dei Municipi per pazienti psichiatrici ...”;

[FG2, (5), assistente sociale Municipio]: “penso che sia importante e quasi educativo nei confronti anche de ... non solo del ... degli altri professionisti, ma dei responsabili, e nel caso nostro, ahinoi, dei politici ... nel caso del Municipio ...”.

Appare interessante concludere quest'analisi dei materiali dei focus group con una visione in chiave prospettica dell'integrazione socio-sanitaria, che pone le riflessioni emerse in un'ottica del tutto nuova:

[FG2, (1), assistente sociale A.S.L.]: “è paradossale, perché l'integrazione ... quando arrivi alla vera integrazione ne dovresti fare a meno, perché ... quando sei arrivato all'integrazione perfetta dire ... “ma perché stiamo due servizi su una cosa, se si riesce a raggiungere lo stesso obiettivo, no? (...) non è che dobbiamo avere ... la mistica dell'integrazione, l'integrazione deve finire, dovrà finire prima o poi, perché è una stupidaggine, questo, no? ... questa cosa dei settori ...

[Conduttore] “... l'integrazione non è un fine ma un mezzo ...”

[FG2, (1), assistente sociale A.S.L.]: “ ... è un mezzo, e che ... poi basta, ci dev'essere un unico servizio che si prende il carico di tutti, insomma, e di tutto ...”.

7.4. Per una valutazione a più livelli

A conclusione di questo percorso appare interessante analizzare come escono, i tre livelli dell'integrazione, dalla valutazione congiunta dei diversi attori. Preliminarmente occorre evidenziare una differenziazione nelle posizioni dei valutatori: i referenti distrettuali, “gruppo” maggiormente composito in quanto a

professionalità e ruoli ricoperti, si mostrano generalmente più ottimisti sia nei giudizi globali che nell'analisi dei fattori che favoriscono e che ostacolano l'integrazione; gli operatori, sostanzialmente coincidenti con la figura professionale dell'assistente sociale se si escludono le due impiegate amministrative partecipanti ai focus group, hanno invece manifestato un atteggiamento generalmente più critico, riguardo a tutti e tre i livelli e – almeno per quanto riguarda gli assistenti sociali del campione – senza differenziazioni nelle diverse aree territoriali.

Nell'integrazione istituzionale emergono in maniera trasversale due ambiti maggiormente rilevanti, che possono costituire, a seconda della direzione che prendono, fattori che favoriscono o che ostacolano l'integrazione: il ramo normativo e quello della politica. Il primo viene visto come un elemento importante per favorire l'operatività, ma nella lettura degli operatori emerge la necessità che le norme si innestino su una realtà operativa già viva, per sostenerla e fortificarla. L'ambito della politica invece si impone soprattutto per le sue criticità, a tutti i livelli: da quello regionale ai campanilismi locali, sino alle invadenze nell'operatività quotidiana.

Il tema dell'integrazione gestionale appare quello più carente, sia per la valutazione maggiormente critica dei referenti distrettuali e del campione di assistenti sociali, sia, soprattutto, per la scarsa considerazione di cui ha goduto nei focus group: nel FG1, in particolare, sono stati evidenziati unicamente fattori di criticità, e comunque per una buona parte iniziale la discussione oscillava tra elementi istituzionali e professionali, come se il livello gestionale fosse completamente assente, innanzi tutto nella mente degli operatori. Nel FG2 c'è stato qualche accenno in più, ma complessivamente il tema appare di poco rilievo. Gli argomenti emersi come fattori di criticità sono relativi prevalentemente agli assetti organizzativi, troppo rigidi per permettere un lavoro integrato.

Il livello professionale emerge globalmente come l'elemento trainante dell'integrazione, sia nella valutazione dei referenti distrettuali, sia nelle posizioni maggiormente (auto)critiche degli operatori. Le riflessioni ruotano attorno a due poli, che identificano da un lato fattori oggettivi, dall'altro elementi soggettivi; i primi comprendono innanzi tutto la quantificazione delle risorse umane, che a giudizio di tutti costituisce la base per realizzare l'integrazione, ma alcune situazioni viene invece segnalata come una vera e propria emergenza a causa della scarsa entità;

ulteriore elemento a carattere oggettivo è costituito dalla segnalazione della precarietà lavorativa, che in molte realtà costituisce l'altra faccia della medaglia rispetto alla scarsità di risorse umane. L'altro polo, quello della soggettività, è stato segnalato in particolare nei due focus group, e presenta caratteristiche ambivalenti: da un lato ne viene evidenziato il ruolo positivo, come a dire che l'integrazione si realizza soprattutto a partire dal basso, dalla capacità relazionale degli operatori, che nella complementarietà dei ruoli possono davvero costruire una "casa" comune; dall'altra rappresenta una fonte di criticità là dove la relazione si fa difficile, e prevalgono gli elementi di chiusura di fronte ad altri operatori e ad altri servizi.

Osservazioni conclusive

Avvicinandoci alla conclusione di questo viaggio attraverso l'integrazione socio-sanitaria nel Lazio è utile guardare indietro all'itinerario compiuto, per valutare se abbia fornito risposte alle domande da cui si era partiti.

Si può innanzi tutto affermare che il percorso ha sostanzialmente confermato l'ipotesi che l'integrazione tra sociale e sanitario, su cui da oltre 40 anni si confronta la comunità scientifica e si impegna ripetutamente il legislatore nazionale e regionale, rimane un tema con un'alta difficoltà di traduzione operativa; e che la sua effettiva realizzazione attraversa incertezze e contraddizioni, e segue strade non sempre coincidenti con quelle delineate dalle normative.

Nel tentativo di raccordare sviluppo teorico e realtà operativa la ricerca ha raccolto da un lato gli stimoli del P.S.N. 1998/2000 sulla necessità che l'integrazione si compia ai tre livelli istituzionale, gestionale e professionale; dall'altro, in una logica personalistica, ha inteso leggere l'effettiva realizzazione dell'integrazione, nella regione Lazio, osservandola in certo modo dal punto di vista di chi utilizza i servizi sociali e sanitari, e dunque in tre momenti nodali del percorso svolto all'interno dei servizi stessi. Ha infine gettato lo sguardo su cosa pensano, dell'integrazione, alcuni dei principali attori: se valutano in maniera positiva o negativa i relativi processi, e quali fattori ritengono siano in grado di favorirli od ostacolarli.

A conclusione del raffronto tra suggestioni teoriche ed itinerario empirico, che ha percorso il lavoro, è possibile adesso rileggere le domande iniziali su cos'è l'integrazione e come essa si realizzi nella regione Lazio.

Che cos'è l'integrazione socio-sanitaria? Una prima sintetica risposta a questa domanda è che certamente l'integrazione socio-sanitaria è qualcosa di complesso, o meglio ancora, l'integrazione socio-sanitaria è innanzi tutto *un complesso* di attori che ai vari livelli – istituzionali, dirigenziali, professionali – lavorano in maniera sinergica. La necessità della compresenza dei tre livelli di integrazione, punto di partenza dell'analisi, ha però poi, nel corso del lavoro,

suscitato ulteriori domande, in particolare relativamente al reciproco ruolo che i singoli livelli vengono realmente chiamati a ricoprire.

Da un lato infatti le normative, sia nazionali che regionali, in tutti questi anni hanno cercato di definire, predisporre, talvolta quasi di cesellare il quadro istituzionale – e spesso anche gli assetti organizzativi – all'interno dei quali avrebbe dovuto/potuto svolgersi il concreto agire integrato dei professionisti; non senza incongruenze, e processi che hanno alternato momenti evolutivi ad involuzioni, con un interesse ufficialmente immutato ma talvolta, nella sostanza, fortemente altalenante.

D'altra parte gli esiti della ricerca nella regione Lazio mostrano che – dopo oltre un decennio dal P.S.N. 1998-2000, che dava mandato ai livelli istituzionale e gestionale di supportare quello professionale nell'attuazione dell'integrazione – il *motore* di tutto è ancora costituito dal livello professionale; che l'aspetto istituzionale consta di un quadro normativo complessivamente strutturato, ma che di fatto riesce ad incidere là dove c'è un terreno già preparato nella mente e nelle relazioni tra gli operatori; che il livello gestionale rimane l'anello debole della catena, negli aspetti organizzativi come nella capacità di reale co-progettazione (anche se su quest'ultimo aspetto, come è emerso dalle valutazioni dei diversi attori, non può non incidere la difficoltà di trarre esempio dagli assetti dell'amministrazione regionale). I livelli istituzionale e gestionale sembrano dunque rivestire a tutt'oggi un ruolo *ancillare* nei confronti di quello professionale.

Il livello professionale, dal canto suo, si mostra anch'esso in tutta la sua complessità ed ambivalenza: costituisce lo snodo fondamentale e l'ambito di maggior consapevolezza circa la necessità di lavorare in maniera integrata, ponendo attenzione a fattori sia oggettivi che soggettivi, ma al tempo stesso si dibatte in difficoltà relazionali, incastonato tra caratteristiche personali, ruoli, appartenenze.

E dunque, non c'è speranza di veder realizzata l'integrazione?

La speranza c'è, e sta in tutte quelle realtà dove faticosamente si è costruita in questi anni; ma di questo si dirà tra poco, ora è necessario qualche ulteriore passo sulla natura dell'integrazione.

Chi integra che cosa? Un altro aspetto che può aiutare a definire l'integrazione è quello dei reciproci rapporti tra sociale e sanitario; e su tale tema l'elaborazione concettuale e normativa di questi anni produce un paradosso. Da un lato cioè aumenta sempre più la consapevolezza dell'influenza dei *determinanti sociali* della salute, che dovrebbe portare come naturale conseguenza una particolare attenzione alle politiche sociali in un'ottica preventiva di ampio respiro, riducendo il ruolo della sanità solo lì dove occorre; dall'altro lato invece il percorso normativo degli ultimi 40 anni ha visto crescere e rafforzarsi, sia strutturalmente che finanziariamente, l'area sanitaria (che costituisce ormai il principale capitolo di spesa – e ambito di potere – delle amministrazioni regionali), mentre le politiche sociali, nonostante l'impulso della L. 328/00, continuano a presentare un carattere “debole”. Tale asimmetria, lungi dal rimanere nei luoghi dell'elaborazione concettuale, si riflette nell'operatività attraverso lo squilibrio tra le diverse professioni interessate all'integrazione; si può cioè affermare che le criticità legate ai ruoli dei diversi operatori, evidenziate in particolare nei focus group, prendano le mosse in buona parte (anche se, ovviamente, non solo) dalla forte asimmetria tra sanitario e sociale.

Cui prodest? – domanderebbe a questo punto un buon investigatore, in cerca dell'assassino di turno. A che cosa, o a chi serve l'integrazione? Le normative, come si è potuto vedere, hanno oscillato in questi anni intorno a tre temi, variamente interpretati come strumenti o obiettivi dell'integrazione stessa: il tema economico (le risorse da dedicare all'integrazione *versus* l'integrazione come strumento per risparmiare risorse); il tema organizzativo (quale organizzazione può favorire l'integrazione *versus* lavorare in maniera integrata favorisce una migliore organizzazione di servizi e risorse umane); il tema personalistico (l'integrazione quale modalità per meglio rispondere ai bisogni complessi della persona). Le evidenze della ricerca empirica su tali tematiche mostrano come sia le risorse economiche che gli assetti organizzativi possano costituire un volano per i processi di integrazione, ma anche diventare forti vincoli; in ambito economico, perché non si può realizzare l'integrazione se si è al di sotto di livelli minimi di operatori, negli enti che *in primis* sono chiamati ad attuarla, ovvero la A.S.L. e l'ente locale; in ambito organizzativo, là dove gli assetti privilegino la rigidità e la stretta competenza – ed il

relativo contraltare della non-competenza – con risultati di sovrapposizioni di ruolo oppure di ampie zone d'ombra. Del resto, se si guarda ai destinatari, che in un'ottica personalistica dovrebbero costituire il fine principale del lavoro dei professionisti e dei servizi, si scoprono elementi interessanti: troviamo infatti una consolidata tradizione di collaborazioni tra servizi nelle aree di “fragilità” (anziani e disabili), in particolare nei servizi domiciliari, lì dove per certi versi è maggiormente manifesta l'esistenza di componenti sia sociali e sanitarie; e nell'area di interventi rivolti a famiglia e minori, dove forte è l'entità delle collaborazioni con l'Autorità Giudiziaria, che spesso richiede direttamente gli interventi di operatori e servizi diversi. Poco di altro. Ed appare per certi versi paradossale che ambiti quali l'emarginazione sociale, la salute mentale, le dipendenze e le problematiche legate all'HIV, dove la complessità del quadro, personale e soprattutto familiare, è molto spesso davvero elevata, “sfuggano” ai percorsi integrati. In questo senso – tranne per i temi dell'emarginazione sociale, che rimangono per lo più appannaggio degli enti locali – si ritiene che l'aver inserito tali ambiti in strutture dipartimentali forti (la salute mentale) o aver creato servizi appositi (le dipendenze) all'interno delle A.S.L. se da un lato ne ha favorito la presa in carico, dall'altro abbia contribuito negativamente in un'ottica di integrazione. Ulteriore particolare da evidenziare, la specializzazione della cura attribuita a servizi a valenza dipartimentale (collegati unicamente da un punto di vista funzionale con il distretto e gli altri dipartimenti) ha creato problemi non solo nell'integrazione con il versante più squisitamente sociale degli enti locali, ma anche all'interno della stessa A.S.L.: in più di un'intervista si è percepita, quando non esplicitamente evidenziata, una vera e propria difficoltà di comunicazione tra i diversi servizi sanitari. L'elemento organizzativo dunque, pur costruito con le migliori intenzioni, ha in questo caso creato e crea un ostacolo alle possibilità di lavoro integrato.

Dove e come si realizza l'integrazione socio-sanitaria? Nel viaggio – metaforico e concreto – attraverso la regione Lazio si sono incontrate realtà molto variegata: da territori in cui le strutture sanitarie si ritengono sostanzialmente autosufficienti (rappresentati nella domanda “ma come mai lei che è assistente sociale si interessa a queste cose?”); a direttori di distretto sanitario che conoscono a

menadito il Piano di Zona degli enti locali, che hanno fattivamente contribuito a costruire, ma sono (tenuti) per lo più all'oscuro delle linee generali della propria azienda; ad assistenti sociali, referenti per l'integrazione nel loro distretto, ipercritici, che esordiscono nell'intervista sostenendo che nel loro territorio di integrazione ce n'è ben poca, ma poi sollecitati dalle domande descrivono una situazione gestionale ed operativa che suggerisce ampi spazi di ottimismo.

In diversi ambiti territoriali si sono scoperte realtà al contempo consolidate e vivaci, in cui l'integrazione è arrivata prima che le norme ne definissero la cogenza, e le relazioni tra gli operatori di diversi servizi e professionalità, fatte anche di confronti e scontri, sono l'elemento su cui si innesta il lavoro comune, adeguatamente supportato dalle strutture organizzative e dai processi programmatori.

Ma quali sono, allora, nella regione Lazio, le *condizioni* in cui e grazie alle quali l'integrazione si realizza?

Riprendendo l'analisi dei tre livelli si può evidenziare che, in ambito istituzionale locale, due sembrano essere le condizioni che favoriscono la costruzione di processi di integrazione: la capacità dei referenti politici degli enti locali – e dei massimi livelli dirigenziali nelle A.S.L. – di superare i confini ristretti della propria realtà per perseguire un obiettivo comune; ed in secondo luogo la possibilità di instaurare corretti reciproci rapporti tra politici e tecnici, improntati ad unire sinergicamente i diversi ruoli e competenze piuttosto che a sovrapporli. In tal senso emerge da diversi osservatori che un utile ruolo potrebbe essere svolto da un aumento del livello di collaborazione tra le strutture regionali che si occupano di sociale e sanità, se non addirittura dalla fusione dei due assessorati in uno unico.

Nell'ambito gestionale emergono due condizioni favorevoli: la possibilità di una reale co-costruzione degli strumenti programmatori da un lato, e l'identificazione, da parte degli enti coinvolti, di funzioni specificamente dedicate all'integrazione, con adeguate competenze e motivazioni all'integrazione, e forniti di una reale autorevolezza del proprio ruolo nei confronti dei "colleghi". Dalla ricerca emerge peraltro come – nell'ambito del distretto – tale ruolo venga svolto per una buona parte da figure sanitarie; e sul versante degli enti locali non rassicura il fatto che lo stesso sia rivestito per lo più dai responsabili dei servizi sociali, o degli Uffici

di Piano, considerato che tali incarichi vengono spesso ricoperti da profili amministrativi.

Tali elementi, a carattere istituzionale e gestionale, nelle valutazioni degli attori interpellati sembrano risaltare più per la loro assenza o criticità che per la loro fattiva presenza; e dunque verrebbe da dire che, lì dove si realizza l'integrazione, avvenga piuttosto “nonostante” tali fattori che grazie a loro.

Il livello professionale mostra però sostanzialmente di “tenere”, nonostante alcune contraddizioni ed una distribuzione non omogenea. Un primo elemento discriminante, a carattere oggettivo, che permette l'integrazione professionale risulta essere una quantità adeguata di operatori; tale osservazione potrebbe apparire banale se non fosse supportata dalle segnalazioni di più attori interpellati circa la forte insufficienza di operatori in alcuni territori. È evidente che, soprattutto in tempi di crisi, non è possibile pensare di raggiungere l'ottimo, ma d'altro canto vi sono livelli minimi al di sotto dei quali non si può scendere, pena l'immobilità. In questo senso l'ambito istituzionale potrebbe fornire un supporto essenziale, prendendo in mano concretamente il tema dei livelli essenziali di assistenza, ovvero iniziando a quantificarne almeno gli strumenti strategici, operatori *in primis*; l'unico tentativo in tal senso si può rintracciare nel Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale 1994/96, dove si stabilisce che l'organico dei relativi dipartimenti deve prevedere tendenzialmente un operatore ogni 1.500 abitanti. Certo, in tale quota sono compresi gli operatori di tutte le qualifiche professionali, amministrativi inclusi, ma è pur qualcosa; ciò nonostante nei successivi atti normativi concernenti i livelli essenziali di assistenza non si trova niente di simile.

Un ulteriore elemento a livello professionale che fa la differenza nell'integrazione è costituito dal fattore soggettivo, ovvero dal complesso di capacità personali e professionali dei singoli e dall'insieme di relazioni che si instaurano. Nei focus group è emerso chiaramente come la possibilità di creare relazioni positive tra gli operatori, fondamentali per una buona integrazione, passi attraverso l'apertura mentale dei professionisti, che in certi casi sentono il confronto professionale come una vera e propria necessità. Al contempo si scorge il rischio che la creazione dello “spirito di gruppo” porti a processi identificativi (all'interno della professione di assistente sociale nel primo focus group, all'interno del proprio servizio “forte” nel

secondo) che finiscano per escludere altri. Da questo punto di vista si scorgono due possibili linee d'azione utili a promuovere i processi di integrazione; la prima, a livello gestionale, volta a favorire – o rivitalizzare, là dove c'erano in passato ma con gli anni hanno perso un po' di “smalto” – momenti di incontro, lavoro di équipe integrate all'interno dei singoli servizi e tra operatori di servizi diversi. La seconda, inerente direttamente gli aspetti professionali, investe i processi della formazione, di base e permanente. Nella formazione di base occorre ampliare l'orizzonte dei futuri professionisti, procedendo nel senso dell'apertura a settori scientifici diversi dal proprio piuttosto che in una iperspecializzazione interna alle singole professioni; la formazione permanente, effettuata coinvolgendo fianco a fianco professionisti differenti, sia come discenti che come docenti, può costituire insieme strumento ed occasione di reciproca conoscenza e condivisione di linguaggi.

Che è come dire che può contribuire a promuovere la cultura dell'integrazione.

La “cultura” dell'integrazione – forse la maggior scoperta del percorso di ricerca – sembra dunque assumere in questo contesto un ruolo fondamentale, attraversando in modo trasversale tutti e tre i livelli considerati; volendo indicarla sinteticamente, potremmo dire che si tratta di una cultura che parte dal globale per tornarvi, dopo essere passata attraverso il parziale. Essa infatti prende le mosse da una concezione di globalità della persona, tale per cui non si può scomporla in parti diverse (e dunque in punti di osservazione, in professionisti, in servizi diversi); ciò si scontra però con il processo di specializzazione delle professioni, che ha sempre più allontanato (se mai fosse esistita) la possibilità di un operatore onnicomprensivo, in grado di prendersi cura della totalità degli aspetti della persona e della famiglia in situazione di bisogno. E dunque, la globalità della persona si incontra con la parzialità dei servizi e delle professioni; occorre pertanto che tutti abbiano ben presenti questi due poli (la globalità della persona e la loro parzialità) per attivare processi di integrazione, di ricomposizione del tutto.

Si ritiene che ciò sia perseguibile attraverso due piste, una legata all'operatività ed una al modo di intendere la propria professione; la prima, come segnalato anche in uno dei focus group, consiste nel passaggio da una logica

prestazionale (in cui si agisce per frammenti) ad una volta alla presa in carico, che non può che essere globale.

Sulla seconda occorre una riflessione più approfondita, a partire dai tre *mandati* del servizio sociale, che si ritiene possano essere letti e messi in connessione con i tre livelli dell'integrazione socio-sanitaria.

Il *mandato professionale*, che raccoglie l'insieme di compiti, funzioni e deontologia, definendo sostanzialmente l'identità di ciascun professionista, può diventare un presupposto per il livello professionale dell'integrazione; ciò può avvenire però solamente nel momento in cui ciascuno intende la propria identità non come un prezioso scrigno da tenere al sicuro, ma come una solida base da cui partire per un confronto, magari anche aperto e serrato, con altri professionisti. Sarà così possibile mettere in gioco professionalità diverse, appartenenti anche a servizi diversi, a partire dalla consapevolezza della parzialità del proprio punto di osservazione e dei propri strumenti professionali nell'affrontare la complessità portata dalla persona che si rivolge ad un servizio.

Il *mandato istituzionale*, che connota l'appartenenza del singolo professionista ad uno specifico servizio, con tutti i suoi vincoli ma anche le opportunità, può facilmente essere connesso all'integrazione gestionale, ed in particolare ai processi programmatici ad essa correlati; occorre però, anche qui, che l'appartenenza e la competenza vengano intese non come un criterio di esclusione, ma come uno strumento per collaborare, tra servizi diversi, ognuno dal proprio *angolo visuale*, al fine di rispondere ai bisogni della persona.

Il *mandato sociale*, che riguarda la dimensione politica del lavoro sociale, e mette i professionisti in collegamento diretto con le istanze ed i bisogni della società (in particolare con quella porzione di società che abita in un dato territorio), è strettamente connesso con il livello istituzionale dell'integrazione. In questo ambito, diversamente dai precedenti, il rischio maggiore per i professionisti non risiede tanto nella possibilità di intendere il mandato come qualcosa che, "delimitando", chiuda gli orizzonti; quanto nella eventualità di dimenticare, rimuovere, abdicare a tale funzione. Ed invece tanto più il livello istituzionale dell'integrazione sarà in grado di realizzarsi quanto più funzionerà il meccanismo di ricezione e trasmissione delle istanze sociali da parte dei professionisti che operano in un certo territorio –

accompagnato dalla capacità di “ascolto” dei livelli politico-istituzionali, in congruenza con il senso del *proprio* mandato sociale.

Si ritiene che questi tre mandati, intesi nel senso di apertura appena indicato, possano costituire importanti fondamenta della *casa* dell'integrazione, contribuendo a favorire, sviluppare, diffondere la cultura dell'integrazione. Il punto di partenza potrebbe essere costituito dalla condivisione dei mandati da parte degli altri professionisti che, nei diversi servizi, operano a favore delle persone e dei loro bisogni, per poi estendersi ai livelli gestionali e politico-istituzionali

Queste riflessioni suggeriscono una nuova chiave di lettura dei reciproci rapporti tra i tre livelli dell'integrazione: se infatti l'integrazione è un processo che nasce “dal basso”, allora appare logico e conseguente che i livelli istituzionale e gestionale occupino una posizione *ancillare* rispetto al livello professionale, perché è da quest'ultimo che parte il processo di integrazione ed a questo deve tornare, sostenuto e rafforzato dagli altri due. Perché è lì, nella relazione tra i diversi professionisti tra loro, e con le persone che loro si rivolgono, che si comprende realmente la natura dell'integrazione: che è semplicemente un *mezzo*, uno strumento, seppur privilegiato, attraverso il quale tentare di aiutare le persone a trovare risposte ai loro bisogni.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

1. Articoli e monografie

- AA. VV. (1996a), *Tra persona e individuo*, in "Parolechiave", n. 10-11
- AA. VV. (1996b), *La persona umana negli interventi di Dossetti e Basso all'Assemblea costituente*, in "Parolechiave", n. 10-11
- AA. VV. (2001), *L'Adi: il punto e le prospettive*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 1
- AA. VV. (2003), *L'attuazione della riforma del welfare locale. Rapporto di ricerca e Monografie regionali*, Formez, Roma
- AA. VV. (2004a), *Ruolo e contributo dell'organizzazione nell'attuazione del SSN e nella trasformazione e sviluppo del sistema sanitario*, in "Tendenze nuove", n. 2
- AA. VV. (2004b), *Verso una sociologia per la persona*, Franco Angeli, Milano
- AA. VV. (2006), *Percorsi regionali per il governo delle politiche sociali: scelte organizzative a confronto*, Formez, Roma
- AA. VV. (2007), *I sistemi di governance dei servizi sanitari regionali*, Formez, Roma
- ABBAGNANO N. (1971), *Dizionario di filosofia*, UTET, Torino (voci: *Individuo; Persona; Soggetto*)
- ACOCCELLA I. (2008), *Il focus group: teoria e tecnica*, Franco Angeli, Milano
- AGLÌ F., (1991), a cura di, *Distretto e integrazione: indicazioni emergenti da una ricerca intervento*, in AGLÌ F., GALLO F., LIPPI A., SCAPIN C., *L'integrazione metodologica e organizzativa nel distretto di base*, Fondazione E. Zancan, Padova
- AGLÌ F., GALLO F., LIPPI A., SCAPIN C. (1991), *L'integrazione metodologica e organizzativa nel distretto di base*, Fondazione E. Zancan, Padova
- ALBANESI C. (2005), *I focus group*, Carocci, Roma
- ALESINI A. (1994), *Dal progetto alla relazione di distretto: strumenti e criteri professionali*, in VECCHIATO T., TSCHAGER A., *Il distretto socio-sanitario. Esperienze formative e operative*, Fondazione Zancan, Padova
- ANDRINI S. (2004), *Persona e sociologia. Quale rapporto?*, in AA.VV., *Verso una sociologia per la persona*, Franco Angeli, Milano

- ANESSI PESSINA E., CANTU' E. (2004), *Regionalizzazione e aziendalizzazione del SSN nel Rapporto OASI 2003*, in "Tendenze nuove", n. 3
- ANFOSSI L. (2006), *Premesse culturali e strumenti per l'integrazione professionale*, in "Studi Zancan", n. 4
- ANFOSSI L., CANALI C., DIOMEDE CANEVINI M., NEVE E. (2006), a cura di, *Integrazione: indicatori di processo in unità operative strutturate e stabili nelle istituzioni*, in "Studi Zancan", n. 4
- ANFOSSI L., CANALI C., DIOMEDE CANEVINI M., NEVE E. (2006), a cura di, *Indicatori di processo di attività interprofessionali per progetti attivati da gruppi costituiti ad hoc*, in "Studi Zancan", n. 4
- ARDIGO' A. (1981), *L'apporto degli operatori socio-sanitari alla integrazione locale dei servizi e presidi per la salute*, in "Autonomie locali e servizi sociali", n. 2
- ARDOINO J., BARUS-MICHEL J. (2005), *Soggetto*, in BARUS-MICHEL J., ENRIQUEZ E., LÉVY A. (2005), a cura di, *Vocabulaire de psychosociologie. Références et positions*, tr. it. *Dizionario di psicopsicologia*, Raffaello Cortina, Milano
- AVANZINI K., GHETTI V. (2010), *Accreditamento nel sociale: quale strategia?*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 5
- BACKHOUSE R. E. (2003), *The Penguin History of Economics*, tr. it. *Breve storia del pensiero economico*, Il Sole 24 Ore, Milano
- BALBONI E. (2007), *Livelli essenziali: il nuovo nome dell'eguaglianza? Dai diritti sociali alla coesione economica, sociale e territoriale*, in BALBONI E., BARONI B., MATTIONI A., PASTORI G. (a cura di), *Il sistema integrato dei servizi sociali*, Giuffrè, Milano
- BALBONI E., BARONI B., MATTIONI A., PASTORI G. (2007), a cura di, *Il sistema integrato dei servizi sociali*, Giuffrè, Milano
- BALDUZZI R. (2002), *Titolo V e tutela della salute*, in R. BALDUZZI, G. DI GASPARE, *Sanità ed assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Giuffrè, Milano
- BALDUZZI R. (2004), *I servizi pubblici e la dimensione imprenditoriale della pubblica amministrazione. Salute e assistenza sociale*, in www.federalismi.it – rivista telematica, n. 19

- BANCHERO A. (1999), *I livelli di governo nell'integrazione sociosanitaria*, in FALCITELLI N., TRABUCCHI M. (a cura di), *Rapporto sanità '99. Livelli di governo e di responsabilità nel Servizio sanitario nazionale*, Il Mulino, Bologna
- BANCHERO A. (2002), *L'integrazione sociosanitaria*, in R. BALDUZZI, G. DI GASPARE, *Sanità ed assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Giuffrè, Milano
- BANCHERO A. (2003), *Autonomie locali nel rapporto tra spesa e risposta assistenziale*, in FALCITELLI N., TRABUCCHI M., VANARA F. (a cura di), *Rapporto sanità 2003. Il governo dei sistemi sanitari tra programmazione, devolution e valorizzazione delle autonomie*, Il Mulino, Bologna
- BANCHERO A. (2005), *Programmare i servizi sociali e sanitari. Elementi di conoscenza, riflessione e orientamento sull'evoluzione della materia dagli anni Cinquanta al nuovo Millennio*, Il Mulino, Bologna
- BARONI B. (2007), *Linee evolutive dell'integrazione fra servizi socio-sanitari*, in BALBONI E., BARONI B., MATTIONI A., PASTORI G (a cura di), *Il sistema integrato dei servizi sociali*, Giuffrè, Milano
- BARONTINI D., PIERGENTILI P. (2001), *Esperienze di distretto. Un quadro a più voci sull'innovazione più importante della Riforma Bindi: il Distretto Sociosanitario di Base*, Ediz. Studio Vega, Mareno di Piave (TV)
- BARRETTA A. (2009), a cura di, *L'integrazione socio-sanitaria. Ricerca scientifica ed esperienze operative a confronto*, Il Mulino, Bologna
- BARTOLOMEI A. (2005), *Unitarietà*, in DAL PRA PONTICELLI M. (a cura di), *Dizionario di servizio sociale*, Carocci, Roma
- BARTOLOMEI A., PASSERA A. L. (2005), *L'Assistente Sociale*, CieRre, Roma
- BAVAZZANO E. (2006), *Dall'interdipendenza all'integrazione: lo sviluppo del gruppo professionale*, in "Studi Zancan", n. 4
- BECCASTRINI S. (1996), *La formazione permanente nei servizi sociali e sanitari*, Franco Angeli, Milano
- BECCHI M. A. (2006), *L'integrazione professionale: aspetti generali e indicazioni per il suo sviluppo*, in "Studi Zancan", n. 4
- BELBUSTI G. (2000), *Coordinamento tra Comuni, Aziende sanitarie e Tribunale per i minorenni. Analisi delle modalità di relazione*, in "Mecosan", n. 35

- BERLINGUER G., GEDDES M. (1999), a cura di, *La salute in Italia – rapporto 1999: l'integrazione sociosanitaria*, Ediesse, Roma
- BERSELLI E. (2010), *L'economia giusta*, Einaudi, Torino
- BERTOLDI G., ROSSI M. (2005), *I protocolli d'intesa*, in BISSOLO G., FAZZI L., *Costruire l'integrazione socio-sanitaria*, Carocci, Roma
- BESOMI D., RAMPA G. (1998), *Dal liberalismo al liberismo. Stato e mercato nella storia delle idee e nell'analisi degli economisti*, Giappichelli, Torino
- BEZZE M. (2003), *Livelli essenziali di assistenza e costi dell'integrazione sociosanitaria*, in "Studi Zancan", n. 2
- BEZZI C. (2000), *La valutazione dei servizi alla persona*, Giada, Perugia
- BINDI R. (2005), *La salute impaziente*, Jaka Book, Milano
- BISSOLO G. (2006), *Promuovere l'integrazione socio-sanitaria*, in BERNHART J., GUNSCH R., PROMBERGER K., TRAGUST K. (a cura di), *Innovazioni nel management sociale. Tendenze di sviluppo, approcci ed esperienze*, Franco Angeli, Milano
- BISSOLO G., FAZZI L. (2005), *Costruire l'integrazione socio-sanitaria*, Carocci, Roma
- BLOOR M., FRANKLAND J., THOMAS M., ROBSON K. (2002), *I focus group nella ricerca sociale*, Erikson, Trento
- BONAZZI G. (2002), *Come studiare le organizzazioni*, Il Mulino, Bologna
- BONI S. (2004), *La programmazione socio-sanitaria: quali percorsi di integrazione*, in "La Rivista delle Politiche Sociali", n. 4
- BORMIOLI RIEFOLO E. (2005), *Utente/cliente*, in DAL PRA PONTICELLI M. (a cura di), *Dizionario di servizio sociale*, Carocci, Roma
- BRAMANTI D. (1988), *Alcune osservazioni in merito a: l'integrazione socio-sanitaria nell'attuale assetto dei servizi*, in "Politiche sociali e servizi", n. 1
- BRAMANTI D., ROSSI G. (1999), *Dall'integrazione tra il sociale ed il sanitario alla messa in rete dei servizi. Miraggio o realtà per il sistema salute?*, in "Politiche Sociali e Servizi", n. 1
- BRESCI L. (2005), *Servizio sociale individuale*, in DAL PRA PONTICELLI M. (a cura di), *Dizionario di servizio sociale*, Carocci, Roma
- BRIZZI L., CAVA F. (2003), *L'integrazione socio-sanitaria*, Carocci, Roma

- BURGALASSI M. (2006) *Dall'integrazione sociosanitaria alle politiche per la salute. Verso una governance della continuità assistenziale*, in "Rassegna di servizio sociale", n. 1
- BURGALASSI M. (2007), *Il welfare dei servizi alla persona in Italia*, Franco Angeli, Milano
- BUTERA F. (2009), *Il cambiamento organizzativo*, Laterza, Roma-Bari
- CAFFÈ F. (1971), *Politica economica. Sistematica e tecniche di analisi*, Boringhieri, Torino
- CAFFÈ F. (1984), *Lezioni di politica economica*, Boringhieri, Torino
- CAFFÈ F. (1986a), *In difesa del «welfare state»*, Rosenberg e Sellier, Torino
- CAFFÈ F. (1986b), *Umanesimo del welfare*, in "Micromega", n. 1
- CAFFÈ F. (2007), *Scritti quotidiani*, ediz. Il Manifesto, Roma
- CAMPOSTRINI S. (2005), *Il sistema informativo per un sistema integrato di servizi*, in "La Rivista di Servizio Sociale", n. 1
- CANALI C. (2006), *L'integrazione di minori in situazione di svantaggio socioculturale*, in "Studi Zancan", n. 4
- CANALI C., NEVE E. (2006), *Indicatori dell'efficacia dell'integrazione*, in "Studi Zancan", n. 4
- CARRERA F. (2005), *Città e pratiche di integrazione dell'offerta sociale*, in "La Rivista delle Politiche Sociali", n. 2
- CARRERA F., TESELLI A. (2002), *Fra territorialità e integrazione il ruolo delle governances locali nel processo di riforma dell'assistenza*, in "Animazione sociale", n. 3-4
- CASALE O., DI SANTO P., TONIOLO PIVA P. (2006), *Il ritorno del sociale in sanità*, in "Animazione sociale", n. 4
- CASATI G. (1999), *Il percorso del paziente. La gestione per processi in sanità*, Egea, Milano
- CASATI G., DEALES A., PALADINO G., DELLI QUADRI N. (2002), *La gestione per processi in sanità prende avvio dal "percorso del paziente"*, in "Mecosan", n. 44
- CATALDI S. (2009), *Come si analizzano i focus group*, Franco Angeli, Milano
- CEPOLINA S. (2002), *I servizi socio-sanitari. L'integrazione parte dall'analisi della domanda*, in "Mecosan", n. 42

- CERTOMÀ G. (2008), a cura di, *Angela Zucconi. Il lavoro sociale di comunità come partecipazione dal basso*, Ed. Sensibili alle foglie, Acqui Terme (AL)
- CHIEREGHIN F. (1996), *Le ambiguità del concetto di persona e l'impersonale*, in MELCHIORRE V. (a cura di), *L'idea di persona*, Vita e Pensiero, Milano
- CHIESA S. (2000), *Integrazione dei servizi sociosanitari*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 12
- COLARUSSO A. (2009), *Assistenti sociali e istituzioni pubbliche*, in GUI L., a cura di, *Organizzazione e servizio sociale*, Carocci, Roma
- COLLICELLI C. (2007), *I costi della mancata integrazione tra sociale e sanitario*, in "La Rivista delle Politiche Sociali", n. 1
- COLOMBINI L. (2002), *La programmazione socio-sanitaria*, in "La Rivista di Servizio Sociale", n. 2
- COLOMBINI L. (2004), *Un modello di segretariato sociale*, in "La Rivista di Servizio Sociale", n. 1
- CORBETTA P. (1999), *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*, Il Mulino, Bologna
- CORTESI GAY A., COCCIA M. (2005), a cura di, *Ricerca per la rilevazione e la conoscenza dei servizi di segretariato sociale in Italia*, in "Rassegna di servizio sociale", n. 1
- COTESTA V. (1979), *Linguaggio potere individuo: saggio su Michel Foucault*, Dedalo, Bari
- COTTA RAMUSINO R. (1989), *L'integrazione organizzativa nel distretto*, in "Servizi sociali", n. 5-6
- CREPALDI C., DAL BEN G., FAVERO M., ZAMPIERI B. (2007), *Costruzione e utilizzo della cartella sociale*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 11
- D'ANGELLA F., FLORIS F., OLIVETTI MANOUKIAN F. (2001), *Discutere di lavoro sociale*, in "Animazione Sociale", n. 11
- D'ANGELLA F., FLORIS F., OLIVETTI MANOUKIAN F. (2002), *Per un lavoro sociale creativo*, in "Animazione Sociale", n. 10
- DAL PRA PONTICELLI M. (2005), a cura di, *Dizionario di servizio sociale*, Carocci, Roma

- DAL PRA PONTICELLI M. (2006), *Integrazione e progetti individualizzati*, in “Studi Zancan”, n. 4
- DALPONTE A., OLIVETTI MANOUKIAN F. (2004), *Lavorare con la cronicità*, Carocci, Roma
- DAVID P. (1989), *L'integrazione socio-sanitaria: storia di un principio mai realizzato*, in “Stato e mercato”, n. 25
- DEGANI L. (1999), *Lo stato della normativa legislativa e programmatica in materia di integrazione socio-sanitaria: possibili linee di sviluppo*, in “Politiche sociali e servizi”, n. 1
- DE LEONARDIS O. (2007), *L'integrazione che non c'è, e di cui ci sarebbe bisogno*, in “La Rivista delle Politiche Sociali”, n. 1
- DEL MISSIER S. (2007), *Il lavoro di equipe e la rete: una formazione specifica*, in GENSINI G.F., RIZZINI P., TRABUCCHI M., VANARA F. (a cura di), *Rapporto Sanità 2007. Servizi sanitari in rete. Dal territorio all'ospedale al territorio*, Il Mulino, Bologna
- DEL TODESCO FRISONE S. (2003), *Il ruolo dei Comuni nel futuro sociale e sanitario*, in “Animazione sociale”, n. 11
- DEVASTATO G. (2005), *Welfare dell'accesso: due sperimentazioni a confronto*, in “La Rivista delle Politiche Sociali”, n. 2
- DI FRANCO G. (2001), *EDS: Esplorare, descrivere e sintetizzare i dati*, Franco Angeli, Milano
- DI MARZO R., GUI L. (2005), a cura di, *Proposte per l'integrazione nei servizi sociali e sanitari*, Franco Angeli, Milano
- DI PIETRA L. (1998), *Tutela delle fragilità e fragilità istituzionale del SSN: necessità e modalità dell'alleanza tra Comuni ed Aziende Sanitarie*, in TRABUCCHI M., VANARA F. (a cura di), *Rapporto Sanità '98. Priorità e finanziamento del Servizio sanitario nazionale: le fragilità*, Il Mulino, Bologna
- DI PIETRA L. (2001), *La realizzabile integrazione del welfare*, in “Tendenze nuove”, n. 4
- DI PIETRA L. (2007), *Integrazione socio-sanitaria, ospedali, territorialità del welfare: potenzialità, possibilità, limiti*, in GENSINI G.F., RIZZINI P.,

- TRABUCCHI M., VANARA F. (a cura di), *Rapporto Sanità 2007. Servizi sanitari in rete. Dal territorio all'ospedale al territorio*, Il Mulino, Bologna
- DIOMEDE CANEVINI M. (2006), *L'integrazione professionale: un impegnativo percorso di ricerca*, in "Studi Zancan", n. 4
- DIOMEDE CANEVINI M., VECCHIATO T. (2002), a cura di, *L'integrazione delle professionalità nei servizi alle persone*, Fondazione E. Zancan, Padova
- DIRINDIN N. (2009), *Il Libro bianco sul nuovo welfare*, in "Politiche sanitarie", vol. 10, n. 3
- DONATI P. (1991), *Teoria relazionale della società*, Franco Angeli, Milano
- DONATI P. (2005), *Cittadinanza (diritti di)*, in DAL PRA PONTICELLI M. (a cura di), *Dizionario di servizio sociale*, Carocci, Roma
- DONATI P. (2007), *Persona e istituzioni sociali: la prospettiva della sociologia relazionale*, in AA.VV., *La sociologia per la persona. Approfondimenti e prospettive*, Franco Angeli, Milano
- DONOLO C. (2007), *Politiche sociali: governare per frammenti?*, in "La Rivista delle Politiche Sociali", n. 1
- DURANTE V. (2004), *Salute e diritti tra fonti giuridiche e fonti deontologiche*, in "Politica del diritto", n. 4
- FARGION S. (2009), *Il servizio sociale. Storia, temi e dibattiti*, Laterza, Roma-Bari
- FATTORE G., LONGO F., PARUZZOLO S. (2003), *Piani sanitari "federali" a confronto*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 10
- FEDELE M. (2005), *Le basi istituzionali del welfare locale*, in "La Rivista delle Politiche Sociali", n. 2
- FERIOLI E. (2002), *Servizi sociali e revisione della Costituzione*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 17
- FERIOLI E. (2003), *Diritti e servizi sociali nel passaggio dal welfare statale al welfare municipale*, Giappichelli, Torino
- FERIOLI E. (2005), *Le leggi regionali sul sistema dei servizi sociali*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 3
- FERIOLI E. (2006), *I diritti sociali tra decentramento e livelli essenziali*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 16
- FERRARA A. (1996a), *Presentazione*, in "Parolechiave", n. 10-11

- FERRARA A. (1996b), *Individuo e modernità dal punto di vista della teoria sociale*, in “Parolechiave”, n. 10-11
- FIORENTINI G. (2004), *Dimensioni verticali e orizzontali dell'integrazione sociosanitaria: assetti istituzionali e organizzativi per l'assistenza agli anziani non autosufficienti*, in FIORENTINI G. (a cura di), *I servizi sanitari in Italia. 2004*, Il Mulino, Bologna
- FIORINI A. (2004), *L'attuazione della legge quadro n. 328 del 2000 sui servizi sociali: nuove prospettive nei rapporti tra enti locali ed aziende sanitarie*, in “Sanità Pubblica e Privata”, n. 9
- FOGLIETTA F. (1997), *Le ragioni dell'integrazione per superare la crisi dei servizi sociali*, in “Prospettive Sociali e Sanitarie”, n. 4
- FOGLIETTA F. (2004), *Modelli di distretto e integrazione sociosanitaria in Abruzzo*, in “Studi Zancan”, n. 2
- FOGLIETTA F., RICCI G. (2004), a cura di, *Modelli di distretto e integrazione sociosanitaria*, Fondazione “E. Zancan”, Padova
- FORCESI G. (2003), *Il Segretariato Sociale: un servizio essenziale per la promozione e la garanzia dei diritti sociali*, in “Rassegna di servizio sociale”, n. 2
- FRIEDMAN M. (1981), *From Galbraith to Economic Freedom*, tr. it. *Per il libero mercato*, SugarCo, Milano
- GALLO E. (2000), *La riflessione sui distretti sanitari di base prima del D. Lgs. 229/99*, in “Studi Zancan”, n. 6
- GARENA G. (2002), *Lavorare insieme nei servizi*, in “Animazione sociale”, n. 6-7
- GEDDES DA FILICAIA M. (1997), *Proposte per l'integrazione fra sanitario e sociale*, in “Prospettive Sociali e sanitarie”, n. 18-19
- GEDDES DA FILICAIA M., MACIOCCO G. (2007), *Disuguaglianze nella salute in Europa*, in “Prospettive Sociali e Sanitarie”, n.7
- GHIRINGHELLI L. (1988), *I profili istituzionali dell'integrazione socio-sanitaria*, in “Politiche sociali e servizi”, n. 1
- GILARDI S. (2004), *Cura dei legami organizzativi nei servizi e prospettive teoriche del concetto di “persona”*, in “Politiche Sociali e Servizi”, n. 2
- GIORGI M., SEROFILLI M. (2004), *Un territorio apprende ad agire l'integrazione*, in “Animazione sociale”, n. 4

- GIROTTI F. (2005), *Welfare state*, in DAL PRA PONTICELLI M. (a cura di), *Dizionario di servizio sociale*, Carocci, Roma
- GOLDONI L. (2006), *Integrazione socio-sanitaria: come, quando e perché*, in "Sanità Pubblica e Privata", n. 2
- GORI C., RANCI ORTIGOSA E. (2005), *Le sfide della nuova legislatura regionale*, in "Prospettive sociali e sanitarie", n. 9
- GOSETTI G., LA ROSA M. (2006), *Sociologia dei servizi*, Franco Angeli, Milano
- GRIGOLETTI BUTTURINI P., NERVO G. (2005), a cura di, *La persona al centro nel servizio sociale e nella società: il contributo di Elisa Bianchi*, Fondazione Zancan, Padova
- GUI L. (2009), a cura di, *Organizzazione e servizio sociale*, Carocci, Roma
- GUIDUCCI P. L. (1999), *Manuale di diritto sanitario*, Franco Angeli, Milano
- INGROSSO M. (2000), *Lettura sociale della salute e promozione della qualità della vita*, in "Animazione sociale", n. 5
- IRS – MINISTERO DELL'INTERNO (1984), *Coordinamento ed integrazione dei servizi socio-assistenziali con i servizi sanitari*, Roma
- IRS – MINISTERO DELL'INTERNO (1985), *Integrazione dei servizi sociali e sanitari. Tendenze generali e situazioni locali*, Roma
- KANEKLIN C., OLIVETTI MANOUKIAN F. (1990), *Conoscere l'organizzazione*, La Nuova Italia Scientifica, Roma
- LAZZARO F. M. (2002), *La partecipazione dei Comuni all'esercizio delle funzioni sanitarie e sociali*, in R. BALDUZZI, G. DI GASPARE, *Sanità ed assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Giuffrè, Milano
- LEONE L., IURLEO A. (2004), *La porta sociale: una buona pratica per l'accesso alla rete di servizi*, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Roma
- LÉVY A. (2005), *Organizzazione*, in BARUS-MICHEL J., ENRIQUEZ E., LÉVY A. (a cura di), *Vocabulaire de psychosociologie. Références et positions*, tr. it. *Dizionario di psicosociologia*, Raffaello Cortina, Milano
- LIMONE G. (1996), *La «persona» fra l'evento del paradosso e il paradosso dell'evento*, in "Parolechiave", n. 10-11
- LIPPI BRUNI M., UGOLINI C. (2007), *La valutazione economica nell'ambito dei servizi socio-sanitari*, in "La Rivista delle Politiche Sociali", n. 1

- LONGO F. (2001), *Logiche e strumenti manageriali per l'integrazione tra settore socio-assistenziale, socio-sanitario e sanitario*, in "Mecosan", n. 37
- LONGO F. (2007), *Incentivi e strumenti per l'integrazione delle reti socio-sanitarie*, in "Tendenze nuove", n. 4-5
- LONGO F., MACIOCCO G. (2005), *Le sfide della nuova legislatura regionale*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 9
- LONGO F., SICILIA M. (2007), *L'evoluzione del welfare sociale italiano*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 13
- LUCIANI M. (1980), *Il diritto costituzionale alla salute*, in "Diritto e società", n. 4
- LUCIANI M. (2002), *I diritti costituzionali tra Stato e Regioni*, in "Politica del diritto", n. 3
- MACIOCCO G., SCOPETANI E. (2010), a cura di, *Diseguaglianze nella salute. Lo stato dell'arte*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 11-12
- MAPELLI V. (2010), *Il federalismo fiscale: dal sanitario al sociale*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 8-9
- MATTIONI A. (2002), *Salute e assistenza. Rapporti tra "Livelli di governo" dopo la recente revisione costituzionale*, in R. BALDUZZI, G. DI GASPARE, *Sanità ed assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Giuffrè, Milano
- MATTIONI A. (2007), *La Legge-quadro 328/2000: legge di attuazione di principi costituzionali*, in BALBONI E., BARONI B., MATTIONI A., PASTORI G., *Il sistema integrato dei servizi sociali*, Giuffrè, Milano
- MAURIZIO R. (2004), a cura di, *Progettare nel sociale*, Fondazione E. Zancan, Padova
- MELCHIORRE V. (1996), a cura di, *L'idea di persona*, Vita e Pensiero, Milano
- MENGOZZI P. N. (2003), *Enti locali e sanità: non solo architettura dei servizi ma governo dei processi*, in FALCITELLI N., TRABUCCHI M., VANARA F. (a cura di), *Rapporto sanità 2003. Il governo dei sistemi sanitari tra programmazione, devolution e valorizzazione delle autonomie*, Il Mulino, Bologna
- MERLO R. (2005), *Ma quanto costa il sociale!*, in "Animazione sociale", n. 5
- NEVE E. (1997), *L'integrazione operativa nel lavoro interprofessionale*, in VECCHIATO T. (a cura di), *Aziende, leggende e strategie*, Fondazione E. Zancan, Padova

- NEVE E. (2000), *Il Servizio Sociale. Fondamenti e cultura di una professione*, Carocci, Roma
- NEVE E. (2002), *L'apporto delle professioni sociali all'integrazione sociosanitaria*, Intervento al Seminario di Malosco, 14-18/7 (materiale non pubblicato, gentilmente fornito dall'Autrice)
- NEVE E. (2005), *Principi del servizio sociale*, n DAL PRA PONTICELLI M. (a cura di), *Dizionario di servizio sociale*, Carocci, Roma
- NEVE E. (2006), *Concetti per la costruzione di indicatori di integrazione*, in "Studi Zancan", n. 4
- OCCHIOCUPO G. (2006), *Servizi alla persona e alla comunità: la legislazione regionale e l'attuazione del sistema integrato di servizi sociali e socio-sanitari*, in "Autonomie locali e servizi sociali", n. 3
- OLIVETTI MANOUKIAN F. (1988), *Stato dei servizi. Un'analisi psicosociologia dei servizi sociosanitari*, Il Mulino, Bologna
- OLIVETTI MANOUKIAN F. (2005), a cura di, *Per una nuova progettualità del lavoro sociale*, in "Animazione Sociale", n. 1
- ONIDA V., PREZIOSO A., TREVISAN C. (1974), *I comuni di fronte all'unità locale*, Fondazione Zancan, Padova
- PALUMMERI E. (2000), *La cultura dell'integrazione sociosanitaria*, in POMPEI A., COSTANZI C., RISSO A. (a cura di), *Il lavoro per progetti individualizzati*, Fondazione E. Zancan, Padova
- PAMMOLLI F., SALERNO N. C. (2008), *La sanità in Italia*, Il Mulino, Bologna
- PARODI G. (2002), *L'integrazione socio-sanitaria nel quadro del nuovo titolo V della Costituzione. Prime considerazioni*, in R. BALDUZZI, G. DI GASPARE, *Sanità ed assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Giuffrè, Milano
- PAVAN G. (2000), *L'Unità operativa distrettuale*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 13
- PAVONE L. (1996), *Appunti sul concetto di persona nella psicologia analitica di Jung*, in "Parolechiave", n. 10-11
- PEPINO L. (2001), *La salute: fortuna o diritto?*, in "Animazione sociale", n. 12
- PESARESI F., SIMONCELLI M. (2006), *Le Unità di valutazione multidimensionale*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 9

- PEZZINI B. (1983), *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, in “Diritto e Società”, n. 1
- PIANCIOLA C. (1996), *Il singolo e la persona. Discussioni sull'esistenzialismo nella cultura filosofica italiana*, in “Parolechiave”, n. 10-11
- PIGNATTO A., REGAZZO C. (2002), *Organizzazione e qualità nei servizi socio-sanitari*, Carocci, Roma
- PILATI G. (2007), *Programmazione unitaria delle Politiche per la salute*, in “Studi Zancan”, n. 6
- PILATI G. (2008), a cura di, *Programmazione unitaria delle Politiche per la salute*, Fondazione “E. Zancan”, Padova
- POMBENI P. (1996), *Individuo/persona nella Costituzione italiana. Il contributo del dossettismo*, in “Parolechiave”, n. 10-11
- POMPEI A., COSTANZI C., RISSO A. (2000), a cura di, *Il lavoro per progetti individualizzati*, Fondazione “E. Zancan”, Padova
- PREZIOSO A. (1999), *Problemi aperti: l'integrazione istituzionale*, in “Politiche sociali”, n. 3-4
- QUARGNOLO E. (2007), *Sociale e sanitario: sistemi di regolazione*, in “Prospettive Sociali e Sanitarie”, n. 5
- RAGAINI F. (2002), *Riforma e livelli essenziali di assistenza*, in “Prospettive Sociali e Sanitarie”, n. 16
- RANCI ORTIGOSA E. (1985), *Tendenze, problemi e percorsi per l'integrazione dei servizi socio-assistenziali con i servizi sanitari*, in “Autonomie locali e servizi sociali”, n. 3
- RANCI ORTIGOSA E. (1987), *Integrazione sociosanitaria: alcuni temi cruciali*, in “Politiche sociali”, n. 6
- RANCI ORTIGOSA E. (2003), *Fra L. 328/00 e modifica della Costituzione*, in “Prospettive Sociali e Sanitarie”, n. 5
- RANCI ORTIGOSA E. (2004), *Il rapporto tra servizi sociali e servizi sanitari*, in C. GORI (a cura di), *La riforma dei servizi sociali in Italia*, Carocci, Roma
- RANCI ORTIGOSA E. (2007), *I livelli essenziali delle prestazioni, tra erogazioni monetarie e servizi*, in “La Rivista delle Politiche Sociali”, n. 1

- REATI A., SAMBUGARO L., SCARPA P. (2006), *Valutazione dell'integrazione e qualità: riflessioni e prospettive*, in "Studi Zancan", n. 4
- REGOLI G. (2004), *Mercato, efficienza e benessere*, Studium, Roma
- REI D. (1994), *Servizi sociali e politiche pubbliche*, La Nuova Italia Scientifica, Roma
- RIZZA S. (2007), *Integrazione socio-sanitaria: un test per la programmazione*, in "Rassegna di Servizio Sociale", n. 3
- RIZZA S. (2010), *Capitalismo e Solidarietà*, in "Rassegna di Servizio Sociale", n. 3
- ROSSI G. (1999), *I servizi alla persona in Italia: risorse, obiettivi, norme e cultura*, in DONATI P. (a cura di), *Lo Stato sociale in Italia: bilanci e prospettive*, Mondadori, Milano
- ROSSI G. (2004), *Progettare, organizzare e valutare i servizi alla persona*, in "Politiche Sociali e Servizi", n. 2
- SALMASO D. (2006), *L'integrazione fra le professioni come strumento efficace per migliorare la qualità delle risposte ai bisogni degli anziani*, in "Studi Zancan", n. 4
- SARTORI P. (2006), *L'integrazione professionale: nuove soluzioni per nuovi problemi*, in "Studi Zancan", n. 4
- SATTA V. (2007), *Commento all'art. 22 della L. 328/00*, in BALBONI E., BARONI B., MATTIONI A., PASTORI G. (a cura di), *Il sistema integrato dei servizi sociali*, Giuffrè, Milano
- SCASSELLATI M. (1985), *L'integrazione delle professionalità nel distretto di base: nodi, problemi e ipotesi di fattibilità*, in "Servizi sociali", n. 1-2
- SEN A. K. (2000a), *Development as Freedom*, tr. it. *Lo sviluppo è libertà*, Mondadori, Milano
- SEN A. K. (2000b), *Mercati e libertà di scelta*, in *La ricchezza della ragione*, Il Mulino, Bologna
- SETTI BASSANINI, M. C. (1996), *La qualità dei servizi e i diritti degli utenti*, in DE AMBROGIO U., SETTI BASSANINI M. C. (a cura di), *Tutela dei cittadini e qualità dei servizi*, Franco Angeli, Milano
- SICLARI M. (2002), *Le indicazioni della più recente giurisprudenza costituzionale in tema di diritto alla salute e di diritto all'assistenza*, in R. BALDUZZI, G. DI GASPARE, *Sanità ed assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Giuffrè, Milano

- SPALTRO E., DE VITO PISCICELLI P. (2002), *Psicologia per le organizzazioni*, Carocci, Roma
- STAME N., LO PRESTI V., FERRAZZA D. (2009), *Segretariato sociale e riforma dei servizi*, Franco Angeli, Milano
- STIGLITZ J. E. (1992), *Il ruolo economico dello stato*, Il Mulino, Bologna
- STRADI N. (2005), *Assistenza (storia della)*, in DAL PRA PONTICELLI M. (a cura di), *Dizionario di servizio sociale*, Carocci, Roma
- TARONI F. (2007), *Fra apocalittici e integratori: ragioni e problemi di un Fondo per la non autosufficienza*, in “La Rivista delle Politiche Sociali”, n. 1
- TASSINARI A. (2005), *Valori*, in DAL PRA PONTICELLI M. (a cura di), *Dizionario di servizio sociale*, Carocci, Roma
- TOSCO L. (2002), *Retorica del territorio e concretezza della persona*, in “Animazione sociale”, n. 3
- TRABUCCHI M., CREPALDI G. (2001), *L'organizzazione dell'assistenza all'anziano: un puzzle con molti problemi aperti*, in SPOLAORE P., MAGGI S., TRABUCCHI M. (a cura di), *L'anziano nella rete dei servizi*, Il Poligrafo, Padova
- TREVISAN C. (1972), a cura di, *I comuni di fronte all'unità locale dei servizi*, Fondazione Zancan, Padova
- TREVISAN C. (1978), a cura di, *Il distretto di base nell'unità locale dei servizi*, Fondazione Zancan, Padova
- TUBERTINI C. (2005), *La giurisprudenza costituzionale in materia di tutela della salute di fronte alla nuova delimitazione delle competenze statali e regionali*, da www.astrid-online.it
- TURCO L. (2000), *Una legge della dignità sociale*, in “Prospettive Sociali e Sanitarie”, n. 20-22
- UGOLINI C. (2004), *La gestione integrata dei servizi sociosanitari: questioni aperte secondo la teoria economica*, in FIORENTINI G. (a cura di), *I servizi sanitari in Italia. 2004*, Il Mulino, Bologna
- VECCHIATO T. (1997), *Gruppi di lavoro interprofessionali*, in VECCHIATO T. (a cura di), *Aziende, leggende e strategie*, Fondazione E. Zancan, Padova
- VECCHIATO T. (1999), *L'integrazione sociosanitaria: dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 alla Riforma ter*, in “Politiche sociali”, n. 3-4

- VECCHIATO T. (2000a), *L'integrazione sociosanitaria nel nuovo assetto del Servizio sanitario nazionale*, in "Studi Zancan", n. 1
- VECCHIATO T. (2000b), *L'atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria*, in "Studi Zancan", n. 4/
- VECCHIATO T. (2000c), *L'integrazione sociosanitaria nel distretto dopo il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 e il D. Lgs. 229/999*, in "Studi Zancan", n. 6
- VECCHIATO T. (2005a), *Integrazione*, in DAL PRA PONNTICELLI M. (a cura di), *Dizionario di servizio sociale*, Carocci, Roma
- VECCHIATO T. (2005b), *La sfida dell'integrazione sociosanitaria*, in "Salute e territorio", anno XXVI, n. 152, settembre-ottobre
- VECCHIATO T., CANALI C., INNOCENTI E. (2009), *Le risposte domiciliari nella rete integrata dei servizi sociosanitari*, Fondazione Zancan, Padova
- VECCHIATO T., MAZZINI E. L. L. (2008), a cura di, *L'integrazione sociosanitaria: risultati di sperimentazioni e condizioni di efficacia*, Fondazione E. Zancan, Padova
- VECCHIATO T., TSCHAGER A. (1994), *Il distretto socio-sanitario. Esperienze formative e operative*, Fondazione Zancan, Padova
- VERNO' F. (1997), *L'integrazione delle responsabilità sui problemi e sui risultati*, in VECCHIATO T. (a cura di), *Aziende, leggende e strategie*, Fondazione E. Zancan, Padova
- VICARELLI G. (2002), *Frammenti di un discorso attorno alla continuità assistenziale*, in "Tendenze nuove", n. 2
- VICARELLI G. (2004), *I nodi della politica sanitaria in Italia. Radici storiche e prospettive*, in "La Rivista delle Politiche Sociali", n. 4
- VICARELLI G. (2005), a cura di, *Il malessere del welfare*, Liguori, Napoli
- VILLA F. (1988), *L'integrazione annunciata: teoria e realtà nelle relazioni tra sociale e sanitario*, Vita e Pensiero, Milano
- VILLA F. (1999), *Nuovi punti di partenza per le politiche d'integrazione tra sociale e sanitario*, in "Politiche Sociali e Servizi", n. 1
- VILLA F. (2003), *Lezioni di politica sociale*, Vita e Pensiero, Milano
- VILLA M. (2003), *Rappresentazioni del locale. Comunità, esclusione, welfare*, paper non pubblicato, rintracciabile sul sito web dell'autore

ZAMAGNI S. (1999), *Sui presupposti economici e politico-filosofici di un nuovo universalismo sanitario*, in DONATI P. (a cura di), *Lo Stato Sociale in Italia*, Mondadori, Milano

ZAMPANO F. (2006), a cura di, *I livelli essenziali delle prestazioni. Questioni preliminari e ipotesi di definizione*, “Quaderni Formez”, n. 46

ZAN S. (1988), *Introduzione*, in ZAN S. (a cura di), *Logiche d'azione organizzativa*, Il Mulino, Bologna

ZILIANI A. M. (2004), *Welfare locale: verso un piano integrato di salute*, in “Studi Zancan”, n. 2

ZILIANI A. M. (2006), *Integrazione professionale e qualità dei servizi: una necessaria valutazione*, in “Studi Zancan”, n. 4

2. Altri materiali

Ordine Assistenti Sociali – Consiglio Nazionale, *Codice deontologico degli Assistenti Sociali*, edizioni 1998, 2002, 2009

Ministero del lavoro e delle politiche sociali, *Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali*, settembre 2005 – ottobre 2006

Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche “V. Bachelet”, *Libro bianco sui principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale*, LUISS, Roma, 2008

Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, *Libro Bianco sul futuro del modello sociale – La vita buona nella società attiva* – maggio 2009

3. Testi legislativi

Normativa Nazionale

D. P. R. 24/7/77, n. 616 – *Attuazione della delega di cui all'art. 1 della legge 22/7/75, n. 382*

L. 23/12/78, n. 833 – *Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*

L. 27/12/1983, n. 730 – *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - art. 30*

D. P. C. M. 8/8/85 – *Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome in materia di attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali, ai sensi dell'art. 5 della legge 23/12/78, n. 833*

L. 23/10/85, n. 595 – *Norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario triennale 1986-88*

L. 8/6/1990, n. 142 – *Ordinamento delle autonomie locali*

L. 7/8/1990, n. 241 – *Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi - art. 14-15*

D. Lgs. 30/12/1992, n. 502 – *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della L. 23/12/92, n. 421*

D. Lgs. 7/12/1993, n. 517 – *Modificazioni al decreto legislativo 30/12/92, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. della L. 23/12/92, n. 421*

D. P. R. 1/3/1994 – *Approvazione del Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1994-96*

D. P. R. 7/4/1994 – *Approvazione del Progetto obiettivo "Tutela salute mentale 1994-1996"*

D. P. C. M. 19/5/1995 – *Schema generale di riferimento della "Carta dei servizi pubblici sanitari"*

L. 28/8/1997, n. 285 – *Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza*

D. Lgs. 31/3/1998, n. 112 – *Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59*

D. P. R. 23/7/1998 – *Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000*

L. 30/11/1998, n. 419 – *Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale. Modifiche al D. Lgs. 30/12/92, n. 502*

D. Lgs. 19/6/1999, n. 229 – *Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'art. 1 della L. 30/11/98, n. 419*

D. P. R. 10/11/1999 – *Approvazione del progetto obiettivo "Tutela salute mentale 1998-2000"*

D. Lgs. 18/2/2000, n. 56 – *Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'articolo 10 della legge 13 maggio 1999, n. 133*

D. M. 24/4/2000 – *Adozione del Progetto Obiettivo materno-infantile relativo al Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000*

D. Lgs. 18/8/2000, n. 267 – *Testo Unico delle leggi sull'ordinamento degli Enti Locali (T.U.E.L.)*

L. 8/11/2000, n. 328 – *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*

L. Cost. 18/10/2001, n. 3 – *Modifiche al Titolo V della parte seconda della Costituzione*

D. P. C. M. 14/2/2001 – *Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio-sanitaria, a norma dell'art. 2, comma 1, lettera n) della L. 30/11/98, n. 419*

D. P. R. 3/5/2001 – *Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001 – 2003*

D. P. C. M. 29/11/2001 – *Definizione dei livelli essenziali di assistenza*

D. P. R. 23/5/2003 – *Approvazione del Piano Sanitario nazionale 2003-2005*

D. P. R. 7/4/2006 – *Approvazione del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008*

D. P. C. M. 21/3/2008 – *Nuovi livelli essenziali di assistenza erogati dal Servizio Sanitario Nazionale*

Normativa Regione Lazio

L. R. 12/1/1976, n. 2 – *Riorganizzazione ed integrazione dei servizi sanitari e sociali della Regione e istituzione delle Unità locali per i servizi sociali e sanitari*

L. R. 29/9/1977, n. 39 e s.m.i. – *Riorganizzazione funzionale dei servizi socio-sanitari e riordinamento della rete ospedaliera della città di Roma*

L. R. 18/9/1979, n. 75 – *Azzonamento dei comprensori socio - sanitari del Lazio*

L. R. 6/12/1979, n. 93 – *Costituzione, organizzazione, gestione e funzionamento delle unità sanitarie locali e coordinamento e integrazione dei servizi sociali con quelli sanitari, in attuazione della legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del servizio sanitario nazionale e del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616*

L. R. 16/6/1980, n. 62 – *Indicazioni per la programmazione socio - sanitaria regionale e spese di sviluppo per l'anno 1980 da sostenere sulla quota spettante alla Regione Lazio del Fondo sanitario nazionale*

L. R. 28/9/1982, n. 49 – *Avvio alla programmazione sanitaria regionale e istituzione del comitato tecnico scientifico per la programmazione socio – sanitaria*

L. R. 8/9/1983, n. 58 – *Disposizioni in materia di finanziamento, programmazione, gestione e controllo delle attività delle unità sanitarie locali*

L. R. 7/1/1987, n. 5 – *Norme sulle associazioni intercomunali e sulla organizzazione, gestione e funzionamento delle unità sanitarie locali*

L. R. 2/12/1988, n. 80 – *Norme per l'assistenza domiciliare*

D. C. R. 15/3/1990, n. 1170 – *Regolamento tipo concernente l'organizzazione e il funzionamento dei servizi delle unità sanitarie locali e dell'ufficio di direzione*

D. C. R. 2/3/1994, n. 907 – *Decreto legislativo 30/12/1992, n. 502, così come modificato dal decreto legislativo 7/12/1993, n. 517. Modifica degli ambiti territoriali delle unità sanitarie locali*

L. R. 16/6/1994, n. 18 e 19 – *Disposizioni per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del D. Lgs. 30/12/1992, n. 502 e s.m.i. Istituzione delle Aziende Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere*

D. C. R. 13/7/1994, n. 1017 – *Modificazioni ed integrazioni al regolamento-tipo concernente l'organizzazione e il funzionamento dei servizi delle unità sanitarie locali approvato con deliberazione del Consiglio regionale n. 1170 del 15/3/1990*

D. G. R. 13/4/1995, n. 3140 – *Direttive per l'organizzazione e il funzionamento delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere (art. 20 LL. RR. 18 e 19/94)*

L. R. 9/9/1996, n. 38 – *Riordino, programmazione e gestione degli interventi e dei servizi socio-assistenziali nel Lazio*

L. R. 18/5/1998, n. 15 – *Bilancio di previsione della Regione Lazio per l'anno finanziario 1998*

D. G. R. 9/12/1998, n. 6879 – *Sperimentazione per l'integrazione dei servizi socio sanitari. Art. 46 L.R.18/5/98, n. 15. Ripartizione fondi fra Comuni capofila dei distretti individuati. Beneficiari il Comune di Formia ed altri*

L. R. 6/8/1999, n. 14 – *Organizzazione delle funzioni a livello regionale e locale per la realizzazione del decentramento amministrativo*

L. R. 1/9/1999, n. 16 – *Istituzione dell'agenzia di sanità pubblica della Regione Lazio. (ASP)*

D. C. R. 1/12/1999, n. 591 – *Approvazione del primo piano socio-assistenziale regionale 1998-2001*

D. G. R. 28/6/2001, n. 860 – *Legge regionale n. 38/1996. Determinazione dei criteri e delle modalità per la ripartizione del fondo per l'attuazione del primo piano socio assistenziale. Art. 10 legge regionale n. 11/2001, capitolo 42115, esercizio finanziario 2001*

D. G. R. 17/7/2001, n. 1042 – *Integrazione socio-sanitaria. Approvazione direttiva e istituzione gruppo di lavoro permanente*

D. G. R. 21/12/2001, n. 2034 – *Integrazioni e modifiche alle "Linee guida regionali per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio", approvate con delibera della Giunta regionale n. 1893 del 7/12/2001. Approvazione testo integrato*

D. G. R. 19/4/2002, n. 471 – *Determinazione dei criteri e delle modalità per la ripartizione delle risorse provenienti dal Fondo Nazionale per le politiche sociali. Anno 2001, esercizio finanziario 2002*

D. C. R. 31/7/2002, n. 114 – *Indirizzi per la Programmazione Sanitaria Regionale per il triennio 2002/2004 – PSR*

D. G. R. 25/10/2002, n. 1408 – *Art. 48 legge regionale n. 37/1996. Approvazione schema di piano socio-assistenziale 2002-2004*

L. R. 29/4/2004, n. 6 – *Disposizioni in favore dei piccoli Comuni del Lazio per le emergenze socio-assistenziali*

D. G. R. 14/2/2006, N. 81 – *Piano di utilizzazione dello stanziamento del fondo nazionale per le politiche sociali anno 2005, finalizzato all'organizzazione dei servizi e degli interventi socio-assistenziali e socio-sanitari a livello distrettuale. Approvazione documento concernente "Linee guida ai Comuni per l'utilizzazione del fondo nazionale per le politiche sociali"*

D. G. R. 12/2/2007, n. 66 e D. G. R. 6/3/2007, n. 149 – *Piano di rientro – accordo ai sensi dell'art. 1, c. 180 della L. 311/2004*

D. G. R. 6/3/2007, n. 139 – *Atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio*

D. G. R. 19/6/2007, n. 433 – *Indicazioni e interventi per la realizzazione di iniziative tese ad integrare le attività sanitarie e sociosanitarie. Incentivazione dei processi di de-ospedalizzazione nella Regione Lazio*

D. G. R. 25/1/2008, n. 40 – *Adozione dello Strumento di Valutazione Multidimensionale regionale per l'ammissione e presa in carico di persone portatrici di problematiche assistenziali complesse negli ambiti domiciliare, semiresidenziale e residenziale*

D. G. R. 25/7/2008, n. 560 – *Piano di utilizzazione triennale 2008-2010 degli stanziamenti per il sistema integrato regionale di interventi e servizi sociali. Approvazione documento concernente "Linee guida ai Comuni per l'utilizzazione delle risorse per il sistema integrato regionale di interventi e servizi sociali – Triennio 2008-2010"*

Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad acta 5/9/2008, n. 18 – *Approvazione della "Programmazione per l'integrazione sociosanitaria nella Regione Lazio" e delle "Linee guida per la stesura del Piano Attuativo Locale triennale 2008-2010"*

L. R. 4/2/2009, n. 2 – *Istituzione del Centro di Accesso Unificato per la Disabilità (CAUD). Modifica alla L.R. 41/03 (Norme in materia di autorizzazione all'apertura ed al funzionamento di strutture che prestano servizi socio-assistenziali)*

L. R. 6/4/2009, n. 9 – *Norme per la disciplina dei distretti socio-sanitari montani*

Decreto del Commissario ad acta 18/12/2009, n. 87 – *Approvazione Piano Sanitario Regionale 2010-2012*

Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad acta 29/5/2010, n. 48 – *Piano degli interventi per la riconduzione dell'offerta ospedaliera per acuti, riabilitazione post acuzie e lungodegenza medica agli standard previsti dal Patto per la Salute 2010 – 2012*

ALLEGATI:

Gli strumenti utilizzati

Allegato 1:
il questionario per i referenti distrettuali

SCHEMA DI RICOGNIZIONE DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA NEI DISTRETTI DEL LAZIO

DISTRETTO _____

DATA _____

SCHEMA COMPILATO DA (qualifica professionale):

Medico	<input type="checkbox"/>
Psicologo	<input type="checkbox"/>
Sociologo	<input type="checkbox"/>
Assistente sociale	<input type="checkbox"/>
Amministrativo	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/>

PARTE I – ASSETTO GENERALE

A. Cornice generale dell'integrazione socio-sanitaria nel Distretto

1. Nel vostro Distretto è prevista (a livello formale) ed effettivamente operativa una funzione specificamente dedicata all'integrazione socio-sanitaria, come indicato dalla Del. G. R. 433/07?

È <u>prevista</u>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
È <u>operativa</u>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

1.a. Se è comunque operativa, può specificare:

- a. Con quale ruolo (dirigente, coordinatore, referente, ecc.):**

- b. Da quale figura professionale è ricoperta:**

- c. Da quanto tempo è operativa:**

meno di 1 anno ☐ da 1 a 2 anni ☐ da 2 a 3 anni ☐ più di 3 anni ☐

B. L'integrazione socio-sanitaria a livello programmatico e finanziario nel P.A.T./P.A.L.

2. Il tema dell'integrazione socio-sanitaria è presente nel P.A.T. (o nell'articolazione distrettuale del P.A.L.)?

SI ☐ NO ☐

2.a. Se è presente, quale rilievo ha (ovvero quanta parte del P.A.T./P.A.L. è dedicata al tema dell'integrazione)?

E' uno dei temi all'interno di un capitolo ☐
Vi è un paragrafo specificamente dedicato ☐
Vi è un capitolo specificamente dedicato ☐
Vi sono due o più capitoli specificamente dedicati ☐
Altro (specif.: _____) ☐

2.b. Se è presente:

- a. è stato elaborato congiuntamente da A.S.L. ed Ente/i Locale/i di riferimento SI ☐ NO ☐ NON SO ☐
- b. è presente anche nel Piano di Zona SI ☐ NO ☐ NON SO ☐
- c. la parte dedicata all'integrazione è sostanzialmente identica nei due documenti SI ☐ NO ☐ NON SO ☐

2.c. Se è presente, quali dei seguenti aspetti sono esplicitamente declinati nel P.A.T. (o nell'articolazione distrettuale del P.A.L.)?

- Identificazione e quantificazione delle risorse da dedicare all'integrazione:

- a. Umane SI ☐ NO ☐
- b. Finanziarie SI ☐ NO ☐
- c. Strutturali/logistiche SI ☐ NO ☐
- Descrizione interventi/progetti socio-sanitari integrati SI ☐ NO ☐
 - Indicazione tempi di realizzazione dei singoli progetti SI ☐ NO ☐

2.d. Se è presente, gli interventi/progetti integrati sono rivolti a:
(sono possibili più risposte)

- | | |
|---|--------------------------|
| a. Famiglia e minori | <input type="checkbox"/> |
| b. Disabili | <input type="checkbox"/> |
| c. Anziani | <input type="checkbox"/> |
| d. Emarginazione sociale | <input type="checkbox"/> |
| e. Dipendenze | <input type="checkbox"/> |
| f. Salute Mentale | <input type="checkbox"/> |
| g. Problematiche HIV correlate | <input type="checkbox"/> |
| h. Totalità dei bisogni della popolazione | <input type="checkbox"/> |
| i. Altro (specif.: _____) | <input type="checkbox"/> |

C. Livello di collaborazione tra Distretto ed Ente/i Locale/i di riferimento

3. Nell'interlocuzione con l'Ente/i Locale/i con cui si interfaccia territorialmente il Suo Distretto ha avuto la possibilità di lavorare con un referente specificamente dedicato al tema dell'integrazione socio-sanitaria?

- | | |
|---|--------------------------|
| a. SI | <input type="checkbox"/> |
| b. NO, ho lavorato di volta in volta
con responsabili/referenti dei singoli servizi/progetti | <input type="checkbox"/> |

4. Come valuta il livello di collaborazione con l'Ente/i Locale/i con cui si interfaccia territorialmente il Suo Distretto?

- | A livello istituzionale | | A livello gestionale | | A livello professionale | |
|--------------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| a. Insufficiente | <input type="checkbox"/> | a. Insufficiente | <input type="checkbox"/> | a. Insufficiente | <input type="checkbox"/> |
| b. Appena suffic. | <input type="checkbox"/> | b. Appena sufficiente | <input type="checkbox"/> | b. Appena sufficiente | <input type="checkbox"/> |
| c. Buono | <input type="checkbox"/> | c. Buono | <input type="checkbox"/> | c. Buono | <input type="checkbox"/> |
| d. Ottimo | <input type="checkbox"/> | d. Ottimo | <input type="checkbox"/> | d. Ottimo | <input type="checkbox"/> |

5. Quali sono gli elementi che, a Suo avviso, favoriscono/potrebbero favorire l'integrazione socio-sanitaria? (sono possibili più risposte)

- a. Una cornice normativa adeguata ☐
- b. La presenza, sia nell'A.S.L. che nell'Ente/i Locale/i, di dirigenti motivati all'integrazione socio-sanitaria ☐
- c. La presenza, sia nell'A.S.L. che nell'Ente/i Locale/i, di operatori motivati all'integrazione socio-sanitaria ☐
- d. La possibilità di ridurre, nel medio/lungo periodo, i costi di servizi/prestazioni attraverso l'integrazione socio-sanitaria ☐
- e. Altro: _____ ☐
- f. Altro: _____ ☐

6. Quali sono invece gli elementi di criticità che, a Suo avviso, ostacolano/potrebbero ostacolare l'integrazione socio-sanitaria? (sono possibili più risposte)

- a. La diversa *mission* delle Aziende Sanitarie rispetto agli Enti Locali ☐
- b. La frammentazione degli Enti Locali a fronte di un'unica A.S.L./Distretto ☐
- c. La presenza, in generale, di figure professionali molto diverse tra A.S.L. ed Enti Locali ☐
- d. I costi dell'integrazione socio-sanitaria, nell'attuale regime di scarsità di risorse ☐
- e. Altro: _____ ☐
- f. Altro: _____ ☐

PARTE II – I “NODI” DEL PERCORSO DELL’UTENTE NEI SERVIZI

NOTA: In questa parte Le verranno chieste informazioni circa l’attivazione, nel Suo Distretto, di un Servizio/Punto di Accesso socio-sanitario integrato (Sez. D) e di Unità Valutative Integrate (Sez. E). La invitiamo a collocare, in tali due Sezioni, unicamente le informazioni sui temi specifici che ciascuna Sezione tratta, e ad utilizzare invece la Parte III per gli altri progetti/attività/interventi integrati presenti nel Suo Distretto.

D. L’integrazione socio-sanitaria nell’accesso ai servizi

7. E’ attivo un servizio o un punto di accesso socio-sanitario integrato – qualsiasi denominazione esso abbia– (o è in programma la sua attivazione)?

- a) Sì, è stato progettato precedentemente all’emanazione della Del. G.R. 433/07, ed è effettivamente operativo da
- meno di 1 anno ☐
- da 1 a 2 anni ☐
- da 2 a 3 anni ☐
- più di 3 anni ☐
- b) E’ in fase di progettazione o implementazione, e se ne prevede l’attivazione approssimativamente per _____ ☐
- c) Ci stiamo lavorando, ma non siamo ancora in grado di definire quando sarà attivato _____ ☐
- d) No ☐

7.a. Se il servizio/punto di accesso integrato è stato progettato precedentemente all’emanazione della Del. G. R. 433/07, (risposta (a) alla precedente domanda) quale tipo di atto regolamentava i rapporti tra A.S.L. ed Ente/i Locale/i coinvolti nella progettazione/attuazione dello stesso?

- a. Convenzione ☐
- b. Consorzio ☐
- c. Accordo di programma ☐
- d. Protocollo d’intesa ☐
- e. Accordo ai sensi dell’art. 15, L. 241/90 ☐
- f. Accordi informali ☐
- g. Altro (specif.: _____) ☐

7.b. Se il servizio/punto di accesso integrato è operativo o in fase di progettazione/implementazione, sono stati già formalizzati:

- | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| a. Procedure per l'accoglienza integrata | SI <input type="checkbox"/> | IN PARTE <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| b. Modulistica per l'accoglienza integrata | SI <input type="checkbox"/> | IN PARTE <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| c. Sistema informativo/banca dati condiviso | SI <input type="checkbox"/> | IN PARTE <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| d. Assegnazione del personale coinvolto | SI <input type="checkbox"/> | IN PARTE <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| e. Progetti di formazione congiunta d. operatori | SI <input type="checkbox"/> | IN PARTE <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

7.c. Il punto di accesso (operativo o in fase di progettazione) è/sarà rivolto a: (sono possibili più risposte)

- | | |
|---|--------------------------|
| a. Famiglia e minori | <input type="checkbox"/> |
| b. Disabili | <input type="checkbox"/> |
| c. Anziani | <input type="checkbox"/> |
| d. Emarginazione sociale | <input type="checkbox"/> |
| e. Dipendenze | <input type="checkbox"/> |
| f. Salute Mentale | <input type="checkbox"/> |
| g. Problematiche HIV correlate | <input type="checkbox"/> |
| h. Totalità dei bisogni della popolazione | <input type="checkbox"/> |
| i. Altro (specif.: _____) | <input type="checkbox"/> |

E. L'integrazione socio-sanitaria nella valutazione e presa in carico del cittadino

8. Sono attive Unità Valutative Integrate socio-sanitarie per la valutazione del bisogno e la presa in carico integrata (o è in programma la loro attivazione)?

- a. Sì, sono state progettate precedentemente all'emanazione della Del. G. R. 40/08, e sono effettivamente operative (con la denominazione di _____) da
- meno di 1 anno ☐
- da 1 a 2 anni ☐
- da 2 a 3 anni ☐
- più di 3 anni ☐
- b. Sono in fase di progettazione o implementazione, e se ne prevede l'attivazione approssimativamente per _____, con la denominazione di _____ ☐
- c. Ci stiamo lavorando, ma non siamo ancora in grado di definire quando saranno attivate _____ ☐
- d. No ☐

9. Per quali ambiti di bisogni/utenti sono attive/verranno attivate le Unità Valutative Integrate? (sono possibili più risposte)

- a. Famiglia e minori ☐
- b. Disabili ☐
- c. Anziani ☐
- d. Emarginazione sociale ☐
- e. Dipendenze ☐
- f. Salute Mentale ☐
- g. Problematiche HIV correlate ☐
- h. Totalità dei bisogni della popolazione ☐
- i. Altro (specif.: _____) ☐

10. Qualora le Unità Valutative Integrate siano operative oppure in fase di progettazione/implementazione, quale tipo di atto regolamenta i rapporti tra A.S.L. ed Ente/i Locale/i coinvolti nella progettazione/attuazione delle stesse?

	Atto unico per tutti gli ambiti	Atti singoli per ambito (indicare i diversi tipi di atto utilizzati)
a. Convenzione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Consorzio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Accordo di programma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Protocollo d'intesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Accordo ai sensi dell'art. 15, L. 241/90	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Accordi informali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Altro (specif.: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ATTENZIONE!

Se nel Suo Distretto sono operative o in fase di progettazione più Unità Valutative, troverà dopo le singole domande una tabella sintetica in cui riportare le risposte alle domande da 11 a 13, diversificandole per ciascun tipo di Unità Valutativa presente.

11. Qualora le Unità Valutative Integrate siano operative oppure in fase di progettazione/implementazione, quali delle seguenti figure professionali, operanti presso i sotto indicati Enti, ne fanno parte?

	A.S.L.	Ente Locale
a. Assistente sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Psicologo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Pedagogista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Educatore Professionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Medico Med. Gen./Pediatria Lib. Scelta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Medico Specialista (specif.: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Infermiere Professionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Altre figure tecniche sanitarie (_____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Amministrativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Altro (specif.: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. E' prevista, nella presa in carico, la figura del case-manager?

SI ☐

NO ☐

13. Se sì, da quale figura professionale è prevalentemente ricoperta?

A.S.L.

Ente Locale

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Assistente sociale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Psicologo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Pedagogista | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Educatore Professionale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Medico Med. Gen./Pediatria Lib. Scelta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Medico Specialista (specif.: _____) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Infermiere Professionale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Altre figure tecniche sanitarie (_____) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Amministrativo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Altro (specif.: _____) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

[illegible]

[illegible]

PARTE III – PROGETTI INTEGRATI

F. Panoramica generale su progetti integrati

14. Quanti sono in totale i progetti socio-sanitari integrati presenti nel P.A.T. (o nell'articolazione distrettuale del P.A.L.) attualmente attivi nel Suo Distretto?

N. _____

14.a. Quanti di questi sono presenti anche nel Piano di Zona?

N. _____

15. Qualora sia presente una qualche formalizzazione per la realizzazione dei progetti integrati, che cosa regola i rapporti tra A.S.L. ed Ente/i Locale/i coinvolti?

	Atto unico per tutti i progetti	Atti singoli per ogni progetto/ecc. (indicare il tipo di atto prevalente)
a. Convenzione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Consorzio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Accordo di programma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Protocollo d'intesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Accordo ai sensi dell'art. 15, L. 241/90	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Accordi informali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Altro (specif.: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Quali delle seguenti figure professionali, operanti presso i sotto indicati Enti, sono globalmente coinvolte nei suddetti progetti?

	A.S.L.	Ente Locale
a. Assistente sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Psicologo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Pedagogista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Educatore Professionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Medico Med. Gen./Pediatria Lib. Scelta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Medico Specialista (specif.: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Infermiere Professionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Altre figure tecniche sanitarie (_____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Amministrativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Altro (specif.: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Per quali tipologie di bisogni/utenti sono attivi i progetti? (sono possibili più risposte)

a. Famiglia e minori	<input type="checkbox"/>
b. Disabili	<input type="checkbox"/>
c. Anziani	<input type="checkbox"/>
d. Emarginazione sociale	<input type="checkbox"/>
e. Dipendenze	<input type="checkbox"/>
f. Salute Mentale	<input type="checkbox"/>
g. Problematiche HIV correlate	<input type="checkbox"/>
h. Totalità dei bisogni della popolazione	<input type="checkbox"/>
i. Altro (specif.: _____)	<input type="checkbox"/>

G. Le buone prassi

NOTA: In questa Sezione Le chiediamo di indicare quelle che, a Suo avviso, costituiscono le 2 prassi particolarmente qualificanti, interessanti e/o innovative, realizzate nel Suo Distretto in tema di integrazione socio-sanitaria.

Iniziativa n. 1

18. Denominazione iniziativa:

19. Tipologia:

- a. Progetto a termine (termine previsto per _____) ☐
- b. Intervento su singoli casi ☐
- c. Attività a carattere continuativo ☐

20. Contenuti dell'iniziativa:

21. Figure professionali coinvolte nell'iniziativa ed Enti da cui dipendono:

	A.S.L.	Ente Locale
a. Assistente sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Psicologo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Pedagogista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Educatore Professionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Medico Med. Gen./Pediatria Lib. Scelta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Medico Specialista (specif.: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Infermiere Professionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Altre figure tecniche sanitarie (_____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Amministrativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Altro (specif.: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Tipologie di bisogni/utenti a cui l'iniziativa è rivolta:

a. Famiglia e minori	<input type="checkbox"/>
b. Disabili	<input type="checkbox"/>
c. Anziani	<input type="checkbox"/>
d. Emarginazione sociale	<input type="checkbox"/>
e. Dipendenze	<input type="checkbox"/>
f. Salute Mentale	<input type="checkbox"/>
g. Problematiche HIV correlate	<input type="checkbox"/>
h. Totalità dei bisogni della popolazione	<input type="checkbox"/>
i. Altro (specif.: _____)	<input type="checkbox"/>

Iniziativa n. 2

23. Denominazione iniziativa:

24. Tipologia:

- a. Progetto a termine (termine previsto per _____) ☐
- b. Intervento su singoli casi ☐
- c. Attività a carattere continuativo ☐

25. Contenuti dell'iniziativa:

26. Figure professionali coinvolte nell'iniziativa ed Enti da cui dipendono:

	A.S.L.	Ente Locale
a. Assistente sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Psicologo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Pedagogista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Educatore Professionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Medico Med. Gen./Pediatria Lib. Scelta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Medico Specialista (specif.: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Infermiere Professionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Altre figure tecniche sanitarie (_____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Amministrativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Altro (specif.: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Tipologie di bisogni/utenti a cui l'iniziativa è rivolta:

- | | |
|---|--------------------------|
| a. Famiglia e minori | <input type="checkbox"/> |
| b. Disabili | <input type="checkbox"/> |
| c. Anziani | <input type="checkbox"/> |
| d. Emarginazione sociale | <input type="checkbox"/> |
| e. Dipendenze | <input type="checkbox"/> |
| f. Salute Mentale | <input type="checkbox"/> |
| g. Problematiche HIV correlate | <input type="checkbox"/> |
| h. Totalità dei bisogni della popolazione | <input type="checkbox"/> |
| i. Altro (specif.: _____) | <input type="checkbox"/> |

GRAZIE PER LA SUA COLLABORAZIONE!

Allegato 2:
le domande sull'integrazione del questionario
per gli assistenti sociali

QUESTIONARIO ASSISTENTI SOCIALI

Secondo la sua esperienza, l'integrazione socio-sanitaria come si realizza sul territorio?

È una prassi consolidata ed efficace	
È una prassi avviata, ma presenta aspetti problematici	
È un'esperienza ancora da sviluppare	

a) In particolare, come valuta i seguenti livelli dell'integrazione socio-sanitaria nel territorio in cui opera?

	Insufficiente	Appena sufficiente	Buono	Ottimo
Livello istituzionale (rapporti politico/istituzionali tra Ente/i Locale/i ed ASL)				
Livello gestionale (rapporti tra dirigenza di Ente/i Locale/i e dirigenza ASL)				
Livello professionale (rapporti tra professionisti dei diversi Enti, Istituzionali e del Terzo Settore)				

b) Quali sono gli elementi che, a Suo avviso, favoriscono/potrebbero favorire l'integrazione socio-sanitaria? (sono possibili più risposte)

Una cornice normativa adeguata	
La presenza, sia nell'A.S.L. che nell'Ente/i Locale/i, di <i>dirigenti</i> motivati all'integrazione socio-sanitaria	
La presenza, sia nell'A.S.L. che nell'Ente/i Locale/i, di <i>operatori</i> motivati all'integrazione socio-sanitaria	
La possibilità di ridurre, nel medio/lungo periodo, i costi di servizi/prestazioni attraverso l'integrazione socio-sanitaria	
Altro (spec.)	

c) Quali sono invece gli elementi di criticità che, a Suo avviso, ostacolano/potrebbero ostacolare l'integrazione socio-sanitaria? (sono possibili più risposte)

La diversa <i>mission</i> delle Aziende Sanitarie rispetto agli Enti Locali	
La frammentazione degli Enti Locali a fronte di un'unica A.S.L./Distretto	
La presenza, in generale, di figure professionali molto diverse tra A.S.L. ed Enti Locali	
I costi dell'integrazione socio-sanitaria, nell'attuale regime di scarsità di risorse	
Altro (spec.)	

AREA DISTRETTUALE/TERRITORIO IN CUI LAVORA

Allegato 3:
la traccia per i focus group

TRACCIA PER I FOCUS GROUP

Presentazioni (nome, cognome, ruolo professionale e servizio di appartenenza)

PARTE I – sul gruppo/servizio/attività integrata

1. Quando e come ha avuto inizio questa esperienza?
2. Quali sono i punti di forza (“esterni” ed “interni” al gruppo) che a vostro avviso hanno favorito e favoriscono questa esperienza?
3. Quali sono le criticità (“esterne” ed “interne” al gruppo) che incontrate in questa esperienza?

PARTE II – sull’integrazione professionale

4. Sulla base della vostra esperienza, si può parlare di una “cultura dell’integrazione”?
5. Se sì, come la descrivereste?
6. E come, a vostro avviso, sarebbe possibile diffonderla?
7. Quanto, a vostro avviso, le diversità di ruolo professionale e di appartenenza istituzionale possono costituire degli ostacoli all’integrazione professionale?
8. E quanto, invece, le stesse diversità possono favorire l’integrazione professionale?