

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

a cura di

Marco Accorinti, Monia Giovannetti,
Annalisa Gramigna, Chiara Poli

7 SOCIOLOGIA E
SERVIZIO SOCIALE



Roma TrE-Press
2022

Università degli Studi Roma Tre
Dipartimento di Scienze della Formazione

NELLA STESSA COLLANA

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

Università degli Studi Roma Tre
Dipartimento di Scienze della Formazione

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

a cura di

Marco Accorinti, Monia Giovannetti,
Annalisa Gramigna, Chiara Poli

7 SOCIOLOGIA E
SERVIZIO SOCIALE



Roma TrE-Press
2022

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

Direzione della Collana:

Marco Buralassi, Antonio Cocozza.

Comitato scientifico della Collana:

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

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

Coordinamento editoriale:

Gruppo di Lavoro *Roma TrE-Press*

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

Caratteri tipografici utilizzati:

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

Impaginazione e cura editoriale: Colitti-Roma colitti.it

Edizioni: *Roma TrE-Press* ©

Roma, dicembre 2022

ISBN: 979-12-5977-131-5

<http://romatrepress.uniroma3.it>

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



L’attività della *Roma TrE-Press* è svolta nell’ambito della

Fondazione Roma Tre-Education, piazza della Repubblica 10, 00185 Roma

Indice

<i>Presentazione di</i> VERONICA NICOTRA	7
--	---

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

PARTE I

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

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

PARTE II

ANALISI E RIFLESSIONI SULLA REALIZZAZIONE DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

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

Presentazione

Veronica Nicotra
Segretario generale di ANCI

Un saluto e un ringraziamento a tutte e a tutti coloro che quest'anno hanno accompagnato il progetto di *Penisola sociale*. È per me un onore presentare il volume che raccoglie i contributi della Conferenza sull'integrazione socio-sanitaria realizzata il 29 novembre 2021.

Nel presente volume i tanti relatori intervenuti descriveranno in maniera approfondita l'argomento, a me spetta solo ricordare quelle che sono le impressioni di ANCI sul tema della Conferenza.

Si tratta indubbiamente di ambiti che, in questo periodo storico e in questa fase così difficile e drammatica che stiamo vivendo e che abbiamo vissuto dal gennaio 2020, sono andati in emergenza: come tanti altri ambiti della vita sociale, economica e istituzionale del nostro Paese hanno vissuto in un tempo brevissimo un'accelerazione di processi che ora è opportuno provare a capire e mettere a sistema.

Dal nostro punto di osservazione, e dal lavoro concreto e quotidiano che fanno i sindaci, abbiamo rilevato che le politiche del welfare del nostro Paese, settoriali, articolate e complesse come sono e ai vari livelli di governo in cui si articolano, hanno conosciuto indubbiamente un momento di forte stress e di messa alla prova rispetto alla capacità di risposta a nuovi bisogni, che sono quintuplicati rispetto alla vita ordinaria delle nostre comunità.

Si è risposto da parte dei comuni e dei sindaci, in alcuni casi in modo molto elementare aumentando le risorse disponibili, ma anche creando nuovi strumenti di sostegno e apprestando canali di intervento e supporto ai nuovi e aumentati bisogni delle famiglie.

Questa fase è ancora in corso e ne vedremo in futuro quali siano le conseguenze, le implicazioni e gli effetti in riferimento all'ambito delle politiche di welfare. Ma ciò che è successo ci consente di fare un'analisi in modo più dettagliato e più crudo rispetto ai limiti che il nostro sistema pubblico di welfare presenta.

È stata la fase in cui i comuni hanno chiesto risorse allo Stato e tante risorse sono arrivate soltanto per le compensazioni di gettito, spese

aggiuntive e minori spese. E tra le spese aggiuntive c'erano anche quelle legate ai fabbisogni di carattere sociale. I comuni hanno visto arrivare ingenti risorse, stanziamenti mai visti nella storia della Repubblica Italiana: nel 2020 sono stati distribuiti ai comuni più di 7 miliardi e nel 2021 quasi 4 miliardi di Euro. Tra questi fondi c'erano anche stanziamenti specificamente destinati a interventi rapidi e diretti di sostegno alle famiglie: abbiamo distribuito circa 1 miliardo e mezzo in quelli che abbiamo chiamato "buoni pasto", "buoni spesa", "buoni locazione" e poi abbiamo proceduto ad ampliare il paniere di destinazione delle risorse. In tale attività i comuni sono stati assolutamente rapidi ed efficienti: sono state emanate ordinanze di protezione civile; in pochissimo tempo le risorse sono arrivate direttamente ai comuni che poi, nelle modalità che hanno ritenuto, le hanno distribuite attraverso i servizi sociali, a chi ne aveva bisogno. Le misure di sostegno si sono accompagnate ad altri interventi che sono stati veicolati attraverso l'INPS e attraverso altri canali di finanziamento. Ora siamo in una fase particolare che ha conosciuto un'operazione del tutto straordinaria ed eccezionale che vede il nostro Paese destinatario di più di 100 miliardi di Euro, quota parte significativa se non assolutamente totale, per investimenti da parte della Commissione Europea. Una parte importante delle risorse riguarda proprio l'equità, la coesione sociale e la salute.

Come ANCI siamo particolarmente impegnati nell'accompagnare il Governo e i comuni nella migliore e più rapida utilizzazione delle risorse e abbiamo portato avanti un lavoro innovativo e prezioso rispetto al quale abbiamo l'attenzione del Governo.

Esiste un fondo perequativo di carattere verticale, che in qualche modo rappresenta un primo passo per l'attuazione del federalismo fiscale, ovvero la costituzione di un fondo statale che dovrebbe alimentare i *gap* di risorse per il raggiungimento dei LEPS che lo Stato dovrebbe definire anche in queste materie. Abbiamo 650 milioni di Euro destinati al potenziamento dei servizi sociali - è vero - in un arco temporale un po' ampio, ma già nel 2021 daremo 350 milioni di Euro per il potenziamento dei servizi sociali e per la definizione di alcuni obiettivi di servizio su cui stiamo lavorando in sede di *Commissione tecnica per i fabbisogni standard*. A questo si accompagnano dei fondi *ad hoc* che finalizzano risorse dirette ai comuni o agli ambiti sociali per funzioni tipicamente di welfare. Ad esempio per quanto riguarda la materia del trasporto dei disabili - che a nostro avviso è molto importante - e misure che accompagnano la parte corrente degli asili nido. Tutte scelte che qualche anno fa erano impensabili.

Nel panorama attuale la Legge di bilancio, e quindi le scelte del Governo nazionale, hanno riconosciuto le richieste fatte da tempo dall'ANCI, di irrobustire e regolare in modo innovativo la funzione del welfare comunale. Ed è su questo che dobbiamo continuare a lavorare. Come ANCI stiamo lavorando in questa direzione, ma c'è forte consapevolezza all'interno del Governo, sia nella parte politica sia nella parte tecnica, dell'esigenza di migliorare non solo la *governance*, ma anche quella concreta e sostanziale della funzione del sistema comunale del welfare.

Per quanto riguarda il *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza* – PNRR, i finanziamenti legati ai comuni sono un po' deboli: ai comuni o agli ambiti sociali sono destinati direttamente circa 1 miliardo e mezzo di Euro in tre misure previste nella Missione 5. C'è un dialogo aperto con il Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, e come ANCI abbiamo avanzato delle precise richieste circa la modalità di circolazione delle risorse e abbiamo chiesto finanziamenti diretti e non intermediati proprio perché le condizionalità poste dalla Commissione europea sono stringenti e le risorse vanno spese e rendicontate entro la metà del 2026. Abbiamo chiesto che i comuni destinatari delle risorse del PNRR sappiano - entro giugno 2022 - quante risorse hanno a disposizione e le modalità attraverso cui attivarle (avvisi e bandi, graduatorie ecc.) perché entro dicembre 2023 vanno avviati i cantieri.

Parlo di "cantieri" perché molte di queste risorse della Missione 5 non sono risorse che, se non per una quota parte minima, possono essere destinate a spesa corrente. Quindi si tratta in particolare di rigenerare o ristrutturare infrastrutture di welfare e per questo si parla di modificare il ruolo delle Residenze Sanitarie Assistite - RSA e di realizzare nuove case di riposo che abbiano caratteristiche tecnologiche di domotica e si tratta di realizzare forme di *housing* sociale per le forme di povertà estrema.

Non abbiamo ancora pienamente compreso come arriveranno queste risorse ai comuni, ma auspichiamo che le modalità siano rese chiare entro le prossime settimane altrimenti non ci sarà tempo per poter utilizzare al meglio questi investimenti.

Il volume è pertanto un importante strumento che aiuta a riflettere sulle modalità di integrazione del settore sociale con quello sanitario, in modo da definire interventi e "cantieri" che aiutino all'integrazione necessaria.

Introduzione

Il tema dell'integrazione socio-sanitaria dopo venti anni dalla Legge n. 328 del 2000

Marco Accorinti, Monia Giovannetti,
Annalisa Gramigna, Chiara Poli

Nel 2020, a vent'anni dall'approvazione della Legge quadro n. 328 del 2000, l'*Associazione Nazionale Comuni Italiani* - ANCI, la *Fondazione Cittalia*, la *Fondazione Ifel* e il *Dipartimento di Scienze della Formazione dell'Università Roma Tre*, nell'ambito del progetto *Penisola sociale*, hanno realizzato diverse iniziative per riflettere sull'eredità che tale Legge ha lasciato nei sistemi di welfare locale e per ragionare su come la fase pandemica possa essere affrontata dai territori con gli strumenti della programmazione e della sussidiarietà.

Il portato riformatore della Legge quadro, la cui cogenza è stata - come noto - quasi immediatamente depotenziata dalla riforma costituzionale del 2001, non è limitato al solo ambito delle politiche sociali, bensì mira alla realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali e socio-sanitari, in dialogo e collaborazione con altri sistemi a esso connessi, come quello sanitario, delle politiche abitative, educativo, formativo, del mercato del lavoro etc., valorizzando le risorse delle comunità territoriali.

Mentre il presente volume andava in stampa si è diffusa la notizia della ripresa del percorso per la realizzazione della riforma indicata dalla Legge n. 328 del 2000, all'interno di un quadro - purtroppo - di progressivo inasprimento delle disuguaglianze e di aumento delle richieste di protezione sociale. L'emergenza sanitaria ed epidemiologica legata alla diffusione del Covid-19 ha impresso a questo processo una forte accelerazione nella direzione di un ripensamento dei sistemi locali di welfare che faccia tesoro delle esperienze realizzate dai territori anche nel periodo della pandemia. Le ricadute sociali dell'emergenza hanno prodotto i loro effetti sulle comunità generando nuovi bisogni, facendo emergere una più vasta e complessa platea di cittadini, spesso sconosciuti ai servizi sociali, che hanno imposto un

ripensamento dei servizi esistenti e la creazione di progettualità che sappiano rispondere a nuove necessità.

Negli ultimi due anni, inoltre, l'emergenza ha certamente messo in risalto la centralità della dimensione socio-sanitaria all'interno delle politiche pubbliche evidenziando che non è più procrastinabile un impegno per una sua effettiva realizzazione sui territori, adeguatamente finanziata e dispiegata attraverso due direttrici principali. Da un lato la necessità di rafforzare i singoli sistemi – sociale e sanitario – sul piano delle risorse umane, strumentali e finanziarie, nell'ottica di sviluppare l'assistenza territoriale di prossimità; dall'altro lato appare quanto mai urgente individuare e consolidare modalità e luoghi di raccordo interistituzionale per una presa in carico integrata delle persone fragili, la prevenzione dell'istituzionalizzazione e l'alleggerimento della pressione sulle strutture ospedaliere.

La Legge n. 328 del 2000 guarda al benessere globale dell'individuo, così come concepito anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, ossia come un insieme di elementi che garantiscano il benessere fisico, psichico e sociale della persona e considerando tutti i determinanti della salute. Molto spesso i bisogni sociali ed economici si intrecciano con quelli legati alla sfera della salute, così come i bisogni di salute del singolo individuo condizionano anche quelli socio-economici del suo nucleo e viceversa. In particolare, gli interventi sociali possono avere delle ricadute di tipo sanitario (la dimensione terapeutica e riabilitativa passa attraverso un insieme di azioni che non sono puramente cliniche): un aggravamento, una cronicizzazione delle patologie e uno scivolamento precoce nella condizione di non autosufficienza, senza un'adeguata attenzione alle reti di relazione e ai bisogni di sostegno negli atti della vita quotidiana, favoriscono il processo di istituzionalizzazione della persona in malattia.

Come sostenevano nel 2005 Bissolo e Fazzi nel loro volume edito da Carocci-Roma dal titolo "Costruire l'integrazione sociosanitaria - Attori, strumenti, metodi", la fuoriuscita dalla condizione multiproblematica di disagio e di bisogno non può quindi basarsi su interventi singoli, frammentati, slegati tra loro, intesi come misure esclusivamente riparative ma è necessario prevedere un approccio trasversale e integrato tra attori, politiche, risorse, interventi e servizi, limitando quella frammentazione che rende difficile una vera presa in carico integrata e mettendo al centro la persona e i suoi bisogni. Come proposto dalla Legge n. 328 del 2000 quindi, sembra necessario superare il modello di welfare prestazionale e di interventi settoriali riparativi, per puntare ad una protezione sociale attiva, attraverso la strutturazione di percorsi di valutazione multidimensionale,

progettazione personalizzata condivisa e valorizzazione e attivazione delle risorse individuali e collettive.

La Legge quadro ha previsto principi e strumenti per mettere insieme allo stesso tavolo attori diversi, al fine di condividere analisi dei bisogni, programmazione e gestione degli interventi. Ha stabilito modalità di coordinamento e di integrazione tra settori, tra livelli istituzionali e tra attori, valorizzando il coinvolgimento del Terzo settore. Si potrebbe dire che ha posto le basi per promuovere il welfare della comunità. In particolare, una piena ed efficace integrazione socio-sanitaria non può non declinarsi a partire innanzitutto dal livello programmatico: la Legge quadro, infatti, sottolinea la necessità di coordinamento e integrazione con gli interventi sanitari agendo in una logica di concertazione e cooperazione tra diversi livelli istituzionali, auspicando che le attività socio-sanitarie siano programmate congiuntamente dai Comuni e dalle Aziende unità sanitarie locali e che dunque siano contemplate sia nei Piani di Zona sia nella programmazione sanitaria dei Distretti, nell'ambito di una più complessiva programmazione regionale integrata.

La Legge n. 328 del 2000, seppure sembri limitarsi a un'enunciazione poco operativa e non vincolante dei principi alla base dell'integrazione socio-sanitaria, va tuttavia letta in maniera integrata con la normativa in materia sanitaria da essa stessa richiamata, che meglio approfondisce anche il livello gestionale e professionale dell'integrazione sociosanitaria; si tratta del d.lgs n. 502 del 1992 e del d.lgs n. 229 del 1999, cui si è aggiunto l'*Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie* approvato con DPCM 14 febbraio 2001.

Tuttavia, ancora oggi l'integrazione socio-sanitaria, fondamentale per la lettura integrata dei bisogni, per la definizione concordata degli obiettivi e per la convergenza degli interventi, rimane in molte zone del nostro Paese un processo istituzionale e organizzativo scarsamente realizzato e strutturato, nonostante eviterebbe o ritarderebbe l'accesso a servizi e livelli assistenziali molto più onerosi, non solo economicamente.

Sembra quindi necessario colmare gli eccessivi divari territoriali esistenti nell'erogazione di servizi e definire standard di qualità omogenei. Dopo la riforma del Titolo V della Costituzione, le declinazioni regionali della stessa Legge n. 328 del 2000 sono state sviluppate in modi molto diversi, generando ancora più disomogeneità territoriale e mettendo a rischio l'esigibilità dei diritti. Il ritardo nel rafforzamento del sistema degli interventi sociali – data soprattutto l'esiguità delle risorse nazionali a ciò dedicate – e nell'individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, da finanziare

adeguatamente e da integrare con i *Livelli Essenziali di Assistenza*-LEA definiti in ambito sanitario, ha certamente rallentato il percorso verso l'integrazione socio-sanitaria.

Tuttavia dal 2021 - finalmente – si sta aprendo una nuova fase, in cui la disponibilità di risorse europee straordinarie quali quelle del *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*-PNRR, l'individuazione progressiva dei *Livelli Essenziali delle Prestazioni*-LEP a carattere sociale nell'ambito di Piani nazionali sociali di settore, nonché una consapevolezza maggiore della necessità di investire nel sociale, nel socio-sanitario e nel sanitario di prossimità, rappresentano un'occasione unica per realizzare quel sistema integrato immaginato dalla Legge del 2000, in grado di favorire maggiore equità, giustizia sociale, contrasto alle disuguaglianze e di garantire i diritti di tutti i cittadini, a partire dai più fragili, a prescindere dal territorio di appartenenza.

Appare però importante assicurare una strategia programmatica univoca, coordinata e condivisa tra il settore sociale e il sistema sanitario nelle diverse riforme in atto, da quelle sulla disabilità, sulla non autosufficienza e sull'assistenza sanitaria territoriale previste dal PNRR e dalla Legge di Bilancio 2022 (in particolare *Legge delega sulla Disabilità, Riforma del sistema degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti, DM 71 per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale*), al raccordo tra gli interventi della Missione 5 - Sociale e della Missione 6 - Salute dello stesso PNRR, affinché non sia inficiata la portata di tali misure.

Sembra inoltre opportuno un salto culturale per ripensare complessivamente il sistema degli interventi e dei servizi a tutela della salute e del benessere dei cittadini e volto a favorire un reale cambiamento di paradigma delle politiche pubbliche, che metta al centro la persona, i suoi bisogni, i suoi diritti, i suoi desideri e che sia in grado di valorizzare le risorse e le capacità di attivazione del singolo, del nucleo familiare e dell'intera comunità (al riguardo anche il Rapporto 2021 dell'*Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema Sanitario Italiano*-OASI curato dal Cergas- Centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale della SDA-Bocconi). C'è un grande fronte di innovazione potenziale che si apre con l'innovazione tecnologica che può, da una parte, favorire la personalizzazione degli interventi e, dall'altra, facilitare forme di coordinamento.

Su tali aspetti *Penisola sociale* ha voluto aprire un percorso di approfondimento e confronto tra le istituzioni locali, l'accademia e altri *stakeholder* presenti, articolato in diversi momenti, che si è concluso con l'organizzazione, il 29 novembre 2021 di una Conferenza nazionale

sull'integrazione socio-sanitaria dal titolo "*Ripresa e resilienza in Italia: occasioni e spazi per l'integrazione tra il sociale e il sanitario*".

Come nell'anno precedente, l'evento, organizzato in modalità *webinar*, ha rappresentato il punto di arrivo di un percorso articolato e in parte rinnovato che si è posto come obiettivo generale quello di informare sui temi-chiave della Legge n. 328 del 2000 e favorire la raccolta e la diffusione di soluzioni amministrative, organizzative ed ecosistemiche.

La pandemia ha orientato il *focus* d'azione di *Penisola sociale* per il 2021: si è scelto di approfondire il tema dell'integrazione socio-sanitaria in quanto elemento chiave del sistema di gestione delle politiche locali del welfare attraverso la realizzazione di alcune interviste a esperti e testimoni privilegiati e la costituzione di un gruppo di lavoro in cui sono stati coinvolti studiosi, amministratori e professionisti impegnati nel settore sociale e in quello sanitario, che ha portato alla redazione di un documento di approfondimento e di proposte per la effettiva e piena realizzazione sui territori dell'integrazione socio-sanitaria, contenuto nel presente volume.

La presente pubblicazione nasce quindi per descrivere il percorso del 2021 di *Penisola sociale*, condividerne le riflessioni e le proposte, mettere a disposizione il lavoro del gruppo tematico e la discussione che introno al documento proposto si è sviluppata nel corso della Conferenza nazionale del novembre 2021.

Passando ad una breve descrizione del volume, in apertura il contributo di Samantha Palombo dal titolo *Il percorso di Penisola sociale* racconta in modo puntuale gli obiettivi, le novità e il percorso effettuato nel 2021 e i punti di contatto con il lavoro istituzionale che l'ANCI porta avanti su questo tema.

La prima parte, intitolata *Assetti istituzionali dell'integrazione socio-sanitaria e l'eredità della Legge n. 328 del 2000*, raccoglie le relazioni di approfondimento presentate alla Conferenza nazionale con i contributi di Emanuele Rossi della Scuola superiore Sant'Anna di Pisa e di Annamaria Perino dell'Università di Trento, nonché il lavoro del gruppo tematico di *Penisola sociale* presentato dal suo coordinatore Michelangelo Caiola di Federsanità Toscana.

La seconda parte del volume, intitolata *Analisi e riflessioni sulla realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria*, raccoglie il ricco dibattito sul tema che si è sviluppato nella seconda parte della Conferenza e che ha visto confrontarsi sul tema, portando la ricchezza di diversi punti di vista, alcuni testimoni privilegiati provenienti dal mondo istituzionale, accademico, delle professioni e del Terzo settore: Luca Vecchi, delegato ANCI al welfare;

Tiziana Frittelli, Presidente di Federsanità; Pierciro Galeone, Direttore della Fondazione Ifel; Gianmario Gazzi, Presidente del Consiglio nazionale degli assistenti sociali; Cristiano Gori, delegato del *Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza*; Alessandra Locatelli, per la Conferenza delle Regioni; Roberto Speciale per il *Forum del Terzo settore* e Livia Turco, Presidente della *Commissione per la riforma della non autosufficienza* del Ministero del lavoro e delle politiche sociali. Chiudono il volume una lettera inviata dal Ministro del Lavoro e delle politiche sociali Andrea Orlando e la post-fazione di Massimiliani Fiorucci, Direttore del *Dipartimento di Scienze della Formazione di Roma Tre*.

Il lavoro di *Penisola sociale* continua anche dopo la presente pubblicazione attraverso l'elaborazione di contenuti e di riflessioni volte a favorire la definizione di sistemi locali di welfare maggiormente inclusivi.

Il percorso di Penisola sociale e il lavoro istituzionale

Samantha Palombo

Responsabile Dipartimento Welfare ANCI

Prosegue nel 2021 la proficua collaborazione, nell'ambito di *Penisola sociale*, tra ANCI, le sue Fondazioni Cittalia e IFEL, e l'Università Roma Tre, sempre in raccordo con la *Commissione Welfare* dell'ANCI, che rappresenta l'articolazione tematica del *Consiglio nazionale per le politiche sociali*, il luogo dove si svolge il dibattito tra gli amministratori e il confronto tra le esperienze sul territorio, contribuendo alla elaborazione delle proposte programmatiche e legislative nelle materie di competenza.

Penisola sociale, al suo secondo anno di vita, è un progetto che si rivolge prioritariamente al sistema dei Comuni, coinvolgendo amministratori e massimi esperti di settore a livello nazionale per portare avanti un percorso di riflessione e approfondimento sui cambiamenti del sistema di welfare a partire dall'eredità della Legge n. 328 del 2000, anche alla luce dell'impatto del Covid-19, attraverso la creazione di un osservatorio di scambio e confronto sulle pratiche sociali promosse all'interno dei sistemi locali di welfare.

A seguito dell'esperienza del 2020 si è voluto dare prospettiva e continuità al progetto di *Penisola sociale* dedicando il *focus* del 2021 al tema dell'integrazione socio-sanitaria, che l'esperienza del Covid-19 ha posto al centro delle riflessioni non solo dell'ANCI.

La pandemia ha infatti mostrato con tutta evidenza quanto sia necessario investire sui servizi di prossimità, imponendo un ripensamento dei sistemi sanitari, socio-sanitari e sociali con la consapevolezza che un sistema sanitario privo di un'integrazione con i servizi sociali rischia di non dare risposte a quella dimensione multidimensionale dei bisogni di protezione sempre crescenti dei cittadini.

Si tratta di un tema complesso ma molto sentito dalle amministrazioni comunali, affrontato nel corso degli anni anche all'interno della *Commissione Welfare* dell'ANCI e che alla luce della pandemia è ritornato con forza al centro del dibattito pubblico.

Oggi ci troviamo a un punto di svolta cruciale: il *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza* - PNRR è senza dubbio un'occasione straordinaria per imprimere un impulso deciso al percorso di potenziamento e qualificazione dell'offerta di servizi contribuendo al raggiungimento di standard minimi uniformi delle prestazioni socio-sanitarie, soprattutto al Sud e nelle aree interne, e assicurare in tutto il Paese l'effettiva realizzazione di una rete integrata dei servizi socio-sanitari attesa da decenni.

Abbiamo dunque voluto cogliere l'opportunità e la ricchezza che è alla base di *Penisola sociale*, quale luogo di approfondimento, scambio e integrazione di saperi tra coloro che operano nei servizi sociali e chi studia e analizza i vari aspetti legati al welfare, per affrontare il tema dell'integrazione socio-sanitaria attraverso un percorso che nel corso del 2021 abbiamo costruito insieme intorno a tre direttrici principali:

- uno spazio digitale – il nuovo sito di *Penisola sociale* www.penisolasociale.it - rinnovato nei contenuti e nelle funzionalità, che raccoglie le esperienze dei servizi sociali, pratiche, materiali, rassegne bibliografiche, iniziative formative, spazi di approfondimento e scambio che già sono presenti sul territorio. In particolare, nel 2021 il lavoro del comitato di redazione si è concentrato sul *focus* dell'integrazione sociosanitaria, selezionando esperienze e progetti territoriali, ricerche e documenti di approfondimento messi a disposizione attraverso il sito;
- video-interviste a esperti, accademici e rappresentanti di istituzioni sui temi dell'integrazione socio-sanitaria pubblicate sul sito di *Penisola sociale*;
- un gruppo tematico sull'integrazione socio-sanitaria in cui abbiamo cercato di replicare, per quanto possibile, la complessità dei soggetti coinvolti - amministratori comunali, regionali, esperti e accademici di materie sanitarie e sociali, dirigenti aziendali e comunali, professionalità sociali, rappresentanti del Terzo settore - al fine di alimentare un dialogo competente e critico a partire dalle diverse esperienze territoriali e dai molteplici punti di vista.

Un impegno, quello che abbiamo assunto con *Penisola sociale*, che parte dall'idea che per comprendere e affrontare la complessità delle sfide che le trasformazioni sociali pongono in essere sia necessario investire nel rapporto stretto tra elaborazione scientifica e scelte politico amministrative, favorendo un confronto trasversale tra chi a vario titolo opera nell'ambito delle politiche sociali e socio-sanitarie. Siamo infatti convinti che questa osmosi di professionalità rappresenti un valore aggiunto inestimabile.

L'obiettivo che vogliamo perseguire attraverso questo prezioso dialogo

a più voci che contraddistingue il progetto di *Penisola sociale*, è quello di consegnare suggerimenti e proposte utili volte a favorire lo sviluppo e il miglioramento dei sistemi locali di welfare per rispondere alle sfide complesse che ci attendono.

Suggerimenti e riflessioni preziose dunque, che arricchiscono il lavoro istituzionale che l'ANCI svolge nelle interlocuzioni con i diversi Ministeri e con le Regioni sia nelle sedi di confronto politiche, come la *Conferenza Unificata*, la *Rete di protezione e inclusione sociale*, gli Osservatori nazionali ecc. e, sia a livello tecnico attraverso l'attività del *Dipartimento welfare* nella partecipazione ai tavoli e comitati attivi su questi temi.

Anche nel 2021 abbiamo voluto chiudere il percorso con la realizzazione di una *Conferenza nazionale* a cui hanno partecipato esperti del mondo socio-sanitario, un programma denso e ricco di interventi, restituiti proprio attraverso la presente pubblicazione, che si è articolato in due sessioni: la prima dedicata a un inquadramento dell'assetto istituzionale dell'integrazione socio-sanitaria a cui è seguita una tavola rotonda che ha visto confrontarsi e discutere intorno alle proposte di *Penisola sociale* istituzioni, Terzo settore, esperti e mondo delle professioni.

PARTE I

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

L'integrazione socio-sanitaria: dalla teoria alla pratica

Annamaria Perino

Università di Trento

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dal punto di vista normativo sarebbe opportuno:

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

Dal punto di vista organizzativo, invece, sarebbe auspicabile:

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

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

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

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

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

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

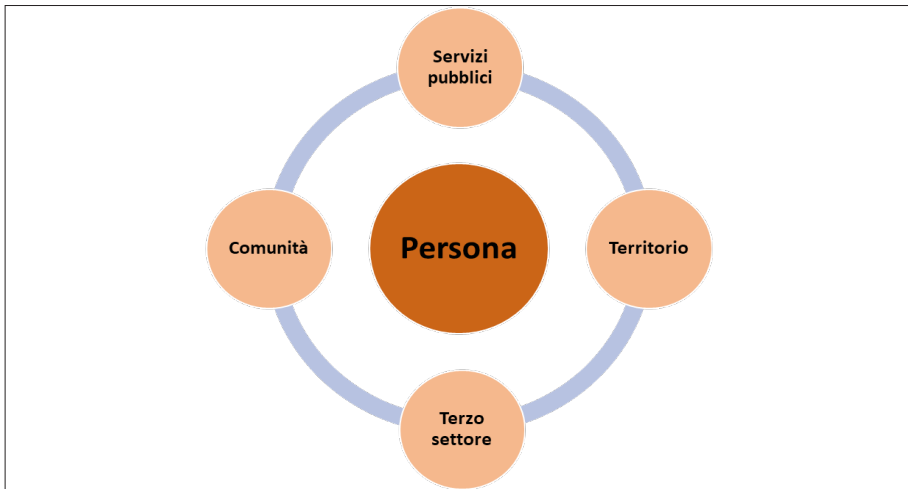


Figura 1 – Il modello operativo e i suoi elementi

5. Osservazioni conclusive

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

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

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

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

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

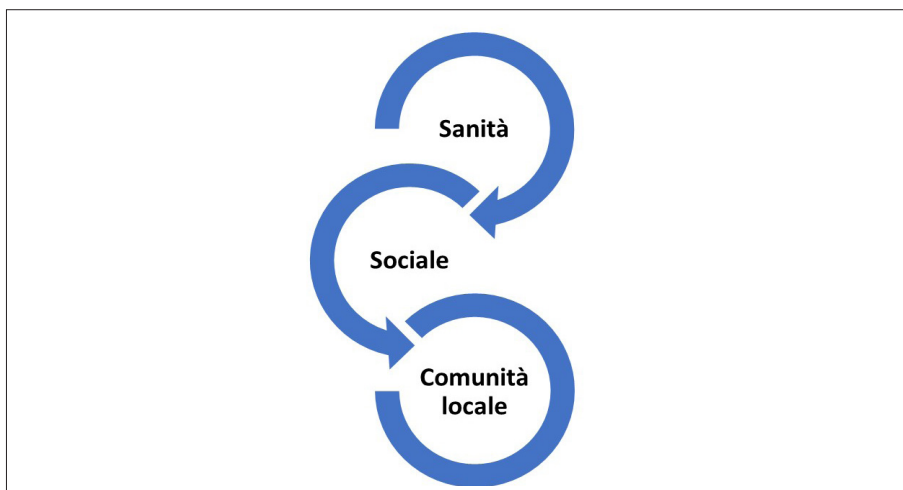


Figura 2 – *La necessaria circolarità delle relazioni*

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

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



Figura 3 – Le alleanze per l'integrazione

Bibliografia di riferimento

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

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

Normativa di riferimento

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

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

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

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

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

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

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

*L'integrazione tra sociale e sanitario:
una "vecchia storia" che fatica a diventare realtà*

Emanuele Rossi

Scuola superiore Sant'Anna di Pisa

1. Per cercare di comprendere come mai la prospettiva di una completa (o, perlomeno, migliore) integrazione tra sociale e sanitario non si sia ancora realizzata, malgrado tutti gli auspici al riguardo formulati, e sia a oggi considerata "un tormento"¹, occorre comprendere le ragioni istituzionali (e, in certa misura, storiche) della situazione esistente (Candido 2015, Rossi 2018)

L'integrazione in questione riguarda due «materie» indicate dalla Costituzione tra quelle oggetto di riparto di competenze tra Stato e Regioni: la sanità è infatti strettamente collegata alla «tutela della salute» che l'articolo 117 della Costituzione attribuisce alla competenza concorrente tra Regioni e Stato; mentre l'«assistenza sociale» - prima della riforma costituzionale del 2001 ritenuta di competenza concorrente (o ripartita) tra Stato e regioni (in quanto rientrante nella materia della «beneficenza pubblica e assistenza sanitaria») - dopo la revisione dell'articolo 117 - realizzata con Legge Costituzionale n. 3 del 2001 - rientra nella competenza residuale regionale.

Tale differenziata considerazione, a opera della Costituzione, si giustifica forse in ragione delle differenti situazioni soggettive che le due «materie» sono finalizzate a tutelare: nel caso della sanità il diritto oggetto di tutela è quello alla "salute"; mentre nel caso dell'assistenza sociale la situazione che si mira a proteggere è ritenuta la "libertà dal bisogno". Nel primo caso il riferimento è dunque all'articolo 32 della Costituzione, nel secondo all'articolo 38: in entrambi i casi, tuttavia, non è specificato il contenuto del diritto (cosa è la "salute"? cosa è l'«assistenza sociale»?), mentre una differenza, almeno a livello di formulazione, è

¹ Cfr. *Il tormento dell'integrazione tra sociale e sanitario*, leggibile qui: <https://www.secondowelfare.it/primo-welfare/il-tormento-dell-integrazione-tra-sociale-e-sanitario/>

facilmente riscontrabile tra le espressioni utilizzate. Se infatti nell'articolo 32 è individuato – perlomeno a livello di denominazione – il *diritto da tutelare* (quello alla “salute”, appunto), nel caso invece dell'articolo 38 non è precisato il diritto da garantire, quanto invece *la prestazione che deve essere assicurata* (l’“assistenza sociale”), specificando le categorie di soggetti che ne hanno diritto (i cittadini inabili al lavoro e sprovvisti dei mezzi necessari per vivere).

Se dunque appare evidente la stretta correlazione tra «sanità» e «diritto alla salute», altrettanto scontata è la constatazione che essa costituisce l'ambito materiale interessato dall'attività di più soggetti pubblici nonché di numerosi soggetti privati (*profit* e *non profit*, e tra questi ultimi anche del Terzo settore). Non meno esteso è il concetto di assistenza sociale, che – come accennato – trova riconoscimento nell'articolo 38 della Costituzione quale uno degli ambiti di attività mediante i quali realizzare e dare attuazione ai principi costituzionali fondamentali. Tale disposizione risulta peraltro difficilmente definibile e circoscrivibile nei suoi contenuti propri: si consideri soltanto come, in forza della previgente formulazione dell'articolo 117 della Costituzione (e fino al trasferimento di funzioni alle Regioni operato nel 1975), l'*assistenza sociale* fosse distinta dalla *beneficenza pubblica*, al fine di individuare la titolarità della competenza legislativa: nel senso che la prima materia era attribuita allo Stato, la seconda alle autonomie regionali (come competenze di tipo concorrente). A supporto di tale differente attribuzione si era tentata una distinzione tra i due ambiti, allo scopo non tanto di individuare i diritti di cui i soggetti sono titolari, bensì per mere ragioni di tipo organizzativo (vale a dire per distribuire le competenze tra Stato e Regioni): si è così ritenuto che le prestazioni rientranti nella beneficenza dovessero considerarsi quelle rimesse alla discrezionalità di chi erogava (in ordine a quali prestazioni erogare e al *quantum* di esse, oltre che ovviamente alle modalità di erogazione) e rivolte a «singoli individui che versino in stato di bisogno»; mentre le prestazioni relative all'assistenza sociale si ritenevano riferite ad ambiti delimitati a livello costituzionale e rivolte a categorie di soggetti determinate, individuate in base a elementi oggettivi (prestazioni comunque tenute nettamente distinte dall'assistenza sanitaria oltre che, ovviamente, dall'istruzione, dalle politiche del lavoro etc.).

2. In tale quadro, l'integrazione tra sociale e sanitario richiede una *combinazione* (nelle diverse accezioni che a tale termine è possibile attribuire) tra le "due assistenze", e perciò la prospettiva di una cura della persona che combini competenze e interventi di tipo sanitario con competenze e interventi di tipo sociale: nella consapevolezza dell'insufficienza di una sola delle due a offrire una risposta adeguata a tutelare i diritti della persona in relazione a bisogni specifici². In sostanza, si ritiene che sia necessario (o comunque opportuno) un intervento socio-sanitario quando la sola assistenza sanitaria o quella sociale potrebbero risultare parziali e forse anche inutili, e al contempo allorché l'integrazione tra le due permetta di raggiungere degli obiettivi efficaci di cura. In tal senso, l'integrazione socio-sanitaria può essere letta sia nella prospettiva di un migliore e più adeguato livello di cura, sia anche in quella di un uso maggiormente efficace delle risorse (concetto espresso con il termine "appropriatezza" con riferimento all'uso delle risorse economiche (Campagna, Candido, 2006)). La prima prospettiva, occorre ricordare, deve considerarsi prevalente, come anche affermato dalla Corte costituzionale: per la quale "è la garanzia dei diritti incompressibili a incidere sul bilancio e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione" (sentenza n. 275 del 2016). In forza di ciò si può ritenere dunque che l'obiettivo dell'integrazione socio-sanitaria sia costituito dal prendersi cura della persona nelle sue diverse situazioni (ovvero cause) di debolezza, e offrire opportunità che consentano di trovare soluzione ai suoi diversi stati di bisogno (la "libertà dal bisogno", appunto).

3. Il tema - e la necessità - dell'integrazione socio-sanitaria sono emersi nel dibattito pubblico e istituzionale, sul piano nazionale, dapprima con il Piano sanitario nazionale per il triennio 1998 – 2000, il quale si proponeva di "percorrere la strada dell'integrazione socio-sanitaria" in forza della considerazione che "la complessità di molti bisogni richiede la capacità di erogare risposte fra loro integrate, in particolare sociosanitarie"³; e successivamente, a livello normativo, con la legge 30 novembre 1998 n. 419, la quale, all'articolo 2, comma 1, lett. n), delegava il Governo a prevedere, nei decreti legislativi attuativi, "tempi, modalità e aree di attività per pervenire a una effettiva integrazione a livello distrettuale dei servizi sanitari con quelli sociali, disciplinando altresì la partecipazione

² In tema Bissolo, Fazzi 2007 e. Baroni 2007.

³ Sottolinea l'importanza del Piano in questione per l'emersione del tema dell'integrazione Scarlatti 2004.

dei comuni alle spese connesse alle prestazioni sociali”, nonché a stabilire principi e criteri per l’adozione di un atto di indirizzo e coordinamento per assicurare livelli uniformi delle prestazioni socio-sanitarie ad alta integrazione sanitaria.

Il relativo decreto legislativo di attuazione (19 giugno 1999 n. 229, contenente la riforma-*ter* della Sanità o “riforma Bindi”), definì le prestazioni rientranti in tale ambito «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», e distinguendo tra 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) e 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). Come può notarsi, tale definizione riguarda *le prestazioni socio-sanitarie* e non l’integrazione in sé considerata (Candido 2017), quasi a indicare la difficoltà di una definizione concettuale dell’espressione.

Coerentemente con tale obiettivo, lo stesso decreto legislativo propose anche una soluzione di tipo organizzativo nuova («nuova» con riguardo alla normativa di fonte statale, mentre sperimentazioni erano già state avviate in ambito amministrativo e anche nella legislazione regionale), individuando nel *distretto* la sede in cui assicurare i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendo organicamente tali attività nel Programma delle attività territoriali con cui determinare “le risorse per l’integrazione socio-sanitaria”. Infine, veniva attribuito alle regioni il compito di definire le modalità dell’integrazione dell’attività assistenziale delle aziende sanitarie nella programmazione regionale, individuando le forme della collaborazione con le unità sanitarie locali in rapporto alle esigenze assistenziali dell’ambito territoriale di riferimento.

Quasi in contemporanea con la riforma Bindi, la richiamata legge sul sistema integrato di interventi e servizi sociali (legge n. 328 del 2000) indicava, sul versante “sociale”, la medesima necessità di integrazione, stabilendo che la programmazione degli interventi e dei servizi sociali debba realizzarsi (articolo 3) in “coordinamento e integrazione con

gli interventi sanitari" (oltre che con quelli dell'istruzione nonché con le politiche attive di formazione, di avviamento e di reinserimento al lavoro), e affidando alle regioni (articolo 8) la disciplina dell'integrazione degli interventi sociali, con particolare riferimento all'attività sanitaria e socio-sanitaria a elevata integrazione sanitaria. Anche l'articolo 22 indica l'esigenza che il sistema integrato di interventi e servizi sociali sia realizzato in modo da "ottimizzare l'efficacia delle risorse, impedire sovrapposizioni di competenze e settorializzazione delle risposte".

L'articolo 3 *septies* del D. leg. 30 dicembre 1992 n. 502, come modificato dall'articolo 3 del decreto legislativo n. 229 del 1999 sopra indicato, aveva anche definito il riparto tra Comuni e Asl degli oneri relativi (in conseguenza della connessa attribuzione di responsabilità nell'organizzazione dei relativi servizi), attribuendo a carico delle aziende sanitarie le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria (da ricomprendere nei livelli essenziali di assistenza *sanitaria*); alla competenza dei comuni le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e demandando alle Regioni la determinazione, sulla base dei criteri definiti mediante un apposito atto di indirizzo e coordinamento, del finanziamento delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, sulla base di quote capitarie correlate ai livelli essenziali di assistenza. Peraltro, stabilendo che tali ultime prestazioni sono "di competenza delle aziende unità sanitarie locali e a carico delle stesse, sono inserite in progetti personalizzati di durata medio/lunga e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali".

L'*Atto di indirizzo e coordinamento* previsto dal decreto legislativo, emanato con D.P.C.M. 14 febbraio 2001, nel confermare la tripartizione delle prestazioni *integrate* già prevista dal decreto legislativo indicato, ha dettato altresì disposizioni sia in ordine alla programmazione degli interventi sociosanitari complessivamente intesi (stabilendo che essa debba ispirarsi a principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, nonché di continuità assistenziale) che anche in relazione all'organizzazione delle prestazioni e dei servizi: a tale ultimo riguardo l'articolo 4, comma 3, ha precisato che "Per favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni socio-sanitarie necessarie a soddisfare le necessità assistenziali dei soggetti destinatari, l'erogazione delle prestazioni e dei servizi è organizzata di norma attraverso la valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato e la valutazione periodica dei risultati ottenuti".

4. Conviene anche ricordare che per aversi un'efficace integrazione tra sociale e sanitario è necessaria un'azione coordinata di interventi su diversi piani.

In primo luogo, quello dell'*integrazione istituzionale*, che richiede la "collaborazione fra istituzioni diverse (aziende sanitarie, amministrazioni comunali etc.) che si organizzano per conseguire comuni obiettivi di salute" (come era scritto nel *Piano sanitario 1998-2000*). Tale collaborazione può realizzarsi attraverso gli strumenti giuridici ordinari (convenzioni, accordi di programma) e riguarda le articolazioni istituzionali che sono chiamate a integrare le loro responsabilità (e quindi le loro competenze) al fine di ottenere migliori risultati in termini di salute dei cittadini.

A un secondo livello si colloca l'*integrazione gestionale*, che interessa l'ambito della struttura operativa: essa si realizza pertanto in senso generale nell'ambito del distretto, e più specificamente nei singoli servizi, "individuando configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento atti a garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni".

Vi è poi il piano dell'*integrazione professionale*, che richiede una forte e stretta collaborazione tra le professionalità coinvolte: collaborazione che può risultare facilitata, ad esempio, dalla costituzione di unità valutative integrate, dalla gestione unitaria della documentazione, dalla valutazione dell'impatto economico delle decisioni, dalla definizione delle responsabilità nel lavoro integrato, dalla continuità terapeutica tra ospedale e distretto, dalla collaborazione tra strutture residenziali e territoriali, dalla predisposizione di percorsi assistenziali appropriati per tipologie d'intervento, nonché dall'utilizzo di indici di complessità delle prestazioni integrate.

Da ultimo (ma non certo in termini di importanza) va richiamata quell'integrazione che è stata definita "comunitaria", e che si realizza mediante l'integrazione delle diverse risorse – pubbliche e private – operanti sul territorio, e che sono in grado di garantire risposte più adeguate ai diversi bisogni, in termini di prestazioni più flessibili e adattabili alle esigenze di vita delle persone. In tale ambito un ruolo specifico è assegnato dall'ordinamento agli enti del Terzo settore, oggetto di riforma normativa con il decreto legislativo n. 117 del 2017 (*Codice del Terzo settore*): l'articolo 55 di esso introduce gli istituti della co-programmazione e co-progettazione mediante i quali, come affermato in un'importante decisione della Corte costituzionale, si introduce "un canale di amministrazione condivisa, alternativo a quello del profitto e del mercato (...), espressione di un diverso rapporto tra il pubblico e il privato sociale, non fondato semplicemente su un rapporto sinallagmatico".

5. Tralasciando in questa sede i numerosi profili problematici che si sono posti nell'esperienza amministrativa in ordine all'attuazione delle disposizioni normative sopra richiamate, conviene dedicare una breve considerazione in merito alle prospettive aperte, oggi, dal *Piano nazionale di ripresa e resilienza*-PNRR. In esso, la *Missione 6 Salute* muove dalla considerazione del "valore universale della salute, la sua natura di bene pubblico fondamentale e la rilevanza macro-economica dei servizi sanitari pubblici". A fronte di ciò, nell'indicare le aree di maggiore criticità, subito dopo la constatazione di significative disparità territoriali nell'erogazione dei servizi, viene segnalata "un'inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali".

Per comprendere le soluzioni adottate nel Piano, occorre tuttavia fare un piccolo passo indietro.

In sede di conversione del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 (conversione operata mediante legge 17 luglio 2020, n. 77), è stato aggiunto un comma all'articolo 1 (comma 4-*bis*), con cui è stata prevista l'istituzione di "strutture di prossimità per la promozione della salute e per la prevenzione, nonché per la presa in carico e la riabilitazione delle categorie di persone più fragili, ispirate al principio della piena integrazione socio-sanitaria": sull'evidente presupposto, dunque, che l'obiettivo dell'integrazione non si fosse (o sia) ancora realizzato⁴.

Il PNRR riprende l'idea delle "strutture di prossimità" e le ri-denomina "Case della comunità", muovendo peraltro da una diversa prospettiva, certamente più ambiziosa: vi si legge infatti che "l'attuazione della riforma intende perseguire una nuova strategia sanitaria, sostenuta dalla definizione di un adeguato assetto istituzionale e organizzativo, che consenta al Paese di conseguire standard qualitativi di cura adeguati, in linea con i migliori paesi europei". In tale orizzonte complessivo, le Case di comunità costituiscono lo strumento mediante cui "potenziare e riorganizzare i servizi offerti sul territorio migliorandone la qualità": in esse verranno coordinati "tutti i servizi offerti" (si dovrebbe intendere: dal sistema sanitario e sociale a livello territoriale), ma al contempo specificando "in particolare ai malati cronici".

Rispetto alla prospettiva indicata dalla Legge n. 77 del 2020, le "Case della comunità" come previste dal PNRR presentano diversi elementi di differenza. Come si è detto, infatti, esse hanno riguardo a tutti i servizi offerti sul territorio: per il PNRR "la Casa della Comunità diventerà lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare [quindi, non

⁴ Sulle differenze tra la previsione della legge n. 77 del 2020 e quella del PNRR sia consentito rinviare a Rossi 2021. In tema, prima della legge richiamata e del PNRR, v. Riboldi 2018.

solo] ai malati cronici” e in essa “sarà presente il punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie”, nonché “il punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso un’infrastruttura informatica, un punto prelievi e la strumentazione polispecialistica”. Inoltre, viene valorizzata sia la dimensione della continuità assistenziale come pure l’utilizzo di infrastrutture informatiche: due dei punti qualificanti anche del D.l. n. 158 del 2012 (c.d. *decreto Balduzzi*).

Al momento non è ancora possibile conoscere l’evoluzione di tale ri-organizzazione dei servizi, né quindi apprezzare se essa sarà in grado, come auspicato, di realizzare la prospettiva di una “piena integrazione socio-sanitaria”: affinché ciò avvenga appare tuttavia necessario che in esse sia non soltanto assicurata la presenza di tutte le figure professionali necessarie (presupposto ovviamente indefettibile), ma anche che vi sia un effettivo coordinamento operativo delle stesse e delle attività che si intendono svolgere: il che richiede un lavoro di équipe costante e adeguato, con la definizione di un ruolo di leader (con le competenze necessarie, e i poteri connessi al ruolo), una formazione inter-professionale delle persone coinvolte e la condivisione di dati informatizzati. Quanto alla presenza in tali strutture degli assistenti sociali, il PNRR precisa che nelle Case di comunità essa “rafforzerà il ruolo dei servizi sociali territoriali nonché una loro maggiore integrazione con la componente sanitaria assistenziale”: espressione che deve essere letta come superamento del regime di facoltatività indicato dal D.l. n. 34 del 2020.

Solo all’esito di tale vicenda si potrà valutare se effettivamente il tema dell’integrazione tra sociale e sanitario sia giunto a un livello accettabile di realizzazione.

Bibliografia di riferimento

- Baroni B. (2007), *linee evolutive dell’integrazione fra servizi socio-sanitari*, in E. Balboni – B. Baroni – A. Mattioni – G. Pastori (a cura di), *Il sistema integrato dei servizi sociali*, Milano, 2007, 47 ss..
- Bissolo G., Fazzi L. (2005) (a cura di), *Costruire l’integrazione socio-sanitaria. Attori, strumenti, metodi*, Carocci, Roma.
- Campagna M., Candido A. (2006), *Le residenze sanitarie assistenziali: natura e finanziamento di un modello di integrazione socio-sanitaria*, in “Sanità pubblica e privata”, n. 6, 16 ss..

- Candido A. (2017), *Disabilità e prospettive di riforma. Una lettura costituzionale*, Milano p. 87.
- Candido A. (2015), *Tutela della salute, assistenza sociale e integrazione socio-sanitaria: nozioni essenziali*, in M. Gioncada – F. Trebeschi– P. A. Mirri – A. Candido, *Isee e prestazioni sociali e socio-sanitarie*, Santarcangelo di Romagna, p. 39 ss..
- Riboldi F. (2018), *Verso un Welfare di comunità sostenibile: la sfida possibile delle Case della Salute/Case della Comunità*, in “Corti supreme e salute”, n. 3, pp. 529 ss.
- Rossi E. (2021), Le “Case della comunità” del PNRR: alcune considerazioni su un’innovazione che merita di essere valorizzata, in “Corti supreme e salute”, n. 2, pp. 1-18.
- Rossi E. (2018), *Il “socio-sanitario”: una scommessa incompiuta?*, in “Corti Supreme e Salute”, 2018 (2), 249 ss.
- Scarlatti F. (2004), *L'integrazione sociosanitaria: la tutela del diritto alla salute e al ben-essere tra riforma costituzionale ed esigenze di governance locale*, in E. Rossi (a cura di), *Diritti di cittadinanza e nuovo welfare della Toscana*, Padova, p. 228 ss.

Accettare la complessità

Michelangelo Caiolfa

Federsanità Toscana

Un collega con cui ho lavorato per molti anni condividendo a tratti passioni e impegni, nelle occasioni pubbliche sul tema dice sempre: molti di noi si sono ormai fatti vecchi parlando di integrazione; e un'altra collega aggiunge immancabilmente: le prime volte che abbiamo lavorato insieme su queste cose avevi tutti i capelli neri. È veramente così, lo sappiamo bene. La vicenda è questa e accomuna moltissime persone in lungo e largo per la penisola da oltre venti anni, fin da “prima del 229 e della 328” come ripetiamo tra noi addetti ai lavori quasi fosse il versetto di un rosario o, meglio, il canto di lavoro di una gilda.

Prima del 229 e della 328 c'era una spinta fatta di radici, visione, cultura, costruzione. Una spinta che percorreva persone e organizzazioni di vario genere e natura, accomunate dalla chiara consapevolezza che la sola edificazione della sanità ospedaliera, pur essenziale, non sarebbe stata sufficiente per perseguire la salute e il benessere delle nostre comunità.

Dopo il 229 e la 328 è sembrato finalmente possibile realizzare nel concreto i contenuti di quella spinta precedente; tuttavia, non è mai stato veramente costruito un granché. Quella spinta precedente ha portato ai due passaggi-chiave che conosciamo a memoria: il D.lgs. n. 229 del 1999 detto ‘decreto Bindi’ per la sanità, e la Legge n. 328 del 2000 detta ‘legge Turco’ per il sociale. Pur esistendo finalmente gli strumenti normativi, non è nata però un'azione sistematica e diffusa di organizzazione della sanità territoriale e dei servizi sociali, con la loro reciproca integrazione. In molti hanno fatto del loro meglio e sono scaturite alcune esperienze anche molto belle, ma non è stata dispiegata un'azione generale, strutturante e persistente estesa lungo tutto il territorio nazionale.

Eppure l'assetto di base era chiaro. Si trattava di attivare due azioni organizzative contestuali e parallele, connesse tra loro da un'area in cui bisogni complessi comportano risposte integrate. Costituire il Distretto sanitario come la struttura organizzativa territoriale che assicura i servizi

di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri (D.lgs. n. 502 del 1992, articolo 3-quater, comma 2). Determinare gli Ambiti territoriali, le modalità e gli strumenti per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete (Legge n. 328 del 2000, articolo 8, comma 3). Naturalmente la visione legata alle elaborazioni internazionali sulla salute e sul benessere del secondo dopoguerra in realtà disegnava prospettive molto più profonde e complesse, come abbiamo imparato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, ma almeno questo primo impianto semplice ed essenziale era chiaro a tutti.

Meno chiari, invece, erano allora gli effetti della Riforma del Titolo V della Costituzione varata nel 2001 sulle competenze degli enti pubblici. La nuova impostazione ha rovesciato quella precedente fondata sulla modalità di attribuzione delle funzioni amministrative in base al parallelismo tra competenza legislativa e competenza amministrativa. I nuovi rapporti istituzionali tra lo Stato, le Regioni e le Autonomie locali si ispirano ora al principio di sussidiarietà. In virtù di questo principio la generalità delle competenze e delle funzioni amministrative deve essere attribuita, in ordine gerarchico inverso, innanzitutto ai Comuni, quindi alle Province e alle Comunità montane, poi alle Regioni e infine allo Stato. Adottando i principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza, quindi, il criterio di riparto delle attribuzioni tra centro e periferia è stato rovesciato.

A queste due questioni di base, gli assetti territoriali e l'articolazione verticale dei poteri, se ne aggiunge una terza che riguarda in modo specifico l'integrazione socio-sanitaria: si tratta di perseguire azioni limitate e puntuali, o si vuole raggiungere un assetto di tipo strutturale? In questo secondo caso occorre prendere in considerazione il cosiddetto 'approccio sistemico' all'integrazione, un metodo che consente di individuare cinque cardini su cui impennare stabilmente le interazioni tra sanità e sociale: istituzionale, programmatico e direzionale, interprofessionale, gestionale, comunitario.

È solo all'interno di un quadro di questo tipo che ha senso collocare i vari elementi dell'integrazione socio-sanitaria che possono riguardare in modo specifico interventi o servizi, accessi o percorsi, dimensioni professionali o gestionali. L'illusione di poter agire su cose 'specifiche' evitando il confronto con il quadro generale e fondante, ci ha fatto consumare questi lunghi anni 'pestando l'acqua nel mortaio', come si dice. Come è evidente a tutti, però, si tratta di un quadro complesso in cui non è possibile agire con canoni semplificatori o con scorciatoie, mentre occorrono interventi efficaci e appropriati che non aumentino ulteriormente la già grande confusione

attuale. Si tratta di trovare un difficile equilibrio tra complessità e azione.

1. Perché è così difficile fare stabilmente integrazione socio-sanitaria

Per dare stabilità e consistenza all'integrazione socio-sanitaria, dunque, non è sufficiente prevedere dei servizi che erogano in modo giustapposto prestazioni sanitarie e prestazioni sociali, anche se nei casi migliori possono essere guidati da un percorso assistenziale pensato per rispondere ai bisogni complessi di salute. Ovviamente si tratta di azioni positive che vanno nella direzione giusta e vivono dell'impegno diretto e ostinato di tantissimi operatori, professionisti, organizzazioni; ma l'insieme di interventi pensati e realizzati secondo queste modalità non costituisce, di per sé, un sistema socio-sanitario integrato.

Questi servizi vanno necessariamente collocati all'interno di un basamento di tipo strutturale e poi vanno sviluppati secondo una logica di sistema, due dimensioni da sempre evocate ma scarsamente perseguite nella realtà successiva al 229 e alla 328. Il basamento dell'integrazione è costituito dalle due organizzazioni territoriali del distretto sanitario e dell'ambito sociale. La logica è recata dall'approccio sistemico che considera contemporaneamente gli aspetti istituzionali, direzionali, professionali, gestionali e comunitari. Tuttavia, a differenza della condizione in cui maturarono a suo tempo le due riforme, gli assetti ora vanno declinati secondo l'articolazione verticale dei poteri definita dalla riforma costituzionale del 2001.

1.1 Il basamento territoriale dell'integrazione

Attivare realmente il 'Distretto sanitario' all'interno dell'organizzazione di un'azienda sanitaria territoriale non è affatto un'operazione semplice poiché sono coinvolti contemporaneamente rilevanti aspetti organizzativi, professionali e direzionali. Fino a quando il distretto coincide di fatto solo con l'organizzazione interna del dipartimento che si occupa della 'medicina di comunità', intesa come oggi come 'cure primarie', la cosa è difficile ma possibile; se però si vuole andare oltre, le difficoltà aumentano considerevolmente. Le ragioni di queste problematiche sono chiare e note. L'azienda sanitaria locale è organizzata in dipartimenti ospedalieri, territoriali e della prevenzione; al di là delle varie denominazioni e delle diverse scelte organizzative, in ambito territoriale i dipartimenti si riferiscono grossomodo

alle aree assistenziali delle cure primarie, materno-infantile, salute mentale, dipendenze patologiche, in relazione poi con la non autosufficienza e la disabilità. Ogni dipartimento aziendale è formato da più strutture organizzative composte da varie professionalità. Nella sua visione ristretta il Distretto coincide di fatto solo con la struttura organizzativa interna al dipartimento delle 'cure primarie' competente per quella stessa porzione di territorio, più alcune funzioni sui cosiddetti 'bisogni di salute' da un lato e sui presidi territoriali dall'altro. Nella sua visione estesa invece, il Distretto è una perimetrazione territoriale interna all'azienda in cui trovano coordinamento operativo le competenti strutture organizzative di tutti i dipartimenti non ospedalieri. Nella prima interpretazione semplice, si tratta solo di coordinare tra loro tre o quattro responsabili di dipartimento. Nella seconda interpretazione più difficile, nascono invece questioni organizzative e professionali molto complesse e controverse; difatti il dibattito tra i cosiddetti 'dipartimenti strutturali' e i cosiddetti 'dipartimenti tecnico-professionali' è sempre particolarmente intenso. Inoltre emergono anche questioni di ordine direzionale, che riguardano la figura del direttore di distretto e la sua collocazione non solo nei rapporti con i direttori di dipartimento ma soprattutto con la direzione generale dell'azienda. Queste dinamiche si sono sviluppate in modo estremamente variegato prima e dopo il 229 interessando nel tempo praticamente tutti i sistemi sanitari regionali e tutte le aziende sanitarie e infine riversandosi, in qualche misura, anche nella definizione del reale perimetro operativo permesso al cosiddetto 'DM 71' recato dalla Missione M6C1 del *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza* - PNRR.

Se attivare un distretto sanitario vuol dire aprire un percorso di articolazione territoriale dell'azienda sanitaria, dall'altra parte costruire un 'Ambito territoriale sociale' (ATS) invece comporta un'azione di aggregazione territoriale. Quasi il 70% dei circa 7.900 comuni italiani ha meno di 10.000 abitanti, mentre solo 100 comuni hanno una popolazione superiore ai 60.000 abitanti. La prima banca dati sugli ambiti sociali realizzata di recente dal Sistema informativo nazionale (SIOSS) ha censito circa 580 ATS, gran parte dei quali è composta da più amministrazioni comunali. Come è noto il sistema integrato dei servizi della Legge n. 328 del 2000 va costituito nel singolo ATS e a questo fine sono previsti strumenti comuni a tutte le amministrazioni dell'ambito. Da allora il punto resta da sempre lo stesso: quanta convergenza si realizza nelle amministrazioni dell'ambito verso la costruzione del sistema dei servizi, e quanto sono stabilmente vincolanti gli strumenti di ambito definiti a questo scopo. L'esperienza di tutti questi anni

ci consegna una storia fatta di alterne vicende, con assetti molto variabili nel tempo e nello spazio che non si sono mai stabilizzati. Tanto è vero che una delle riforme recate dalla Missione M5C2 del PNRR, quella sulla non autosufficienza, affronta anche alcune misure di consolidamento degli ambiti territoriali sociali. In questo caso l'approccio territoriale porta a misure che hanno un impatto diretto, più profondo di quello che si potrebbe pensare, nella dinamica tra potestà istituzionali delle singole amministrazioni locali e dimensioni associative di ambito. Costruire un sistema dei servizi integrato di tipo territoriale vuol dire affrontare il rapporto tra l'esercizio della funzione sociale, e la costruzione di una dimensione associata dentro l'ambito ottimale dell'ATS. Ancora una volta si tratta di un percorso piuttosto complesso sia sul piano istituzionale che organizzativo.

1.2. L'articolazione verticale dei poteri.

Troppo spesso si fa riferimento al D.lgs. n. 229 del 1999 e alla Legge n. 328 del 2000 senza considerare che i due dispositivi sono stati approvati prima della riforma costituzionale del 2021, e la stessa cosa accade anche in ambito prettamente sanitario addirittura per l'intero D.lgs. n. 502 del 1992. Come accennato in precedenza, la riforma ha rovesciato i riferimenti che regolavano l'attribuzione delle funzioni pubbliche ai diversi livelli amministrativi, riarticolandoli secondo i principi della sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza.

La funzione di 'assistenza sanitaria' è di competenza regionale, i contenuti della funzione sono realizzati mediante gli enti dei singoli sistemi sanitari regionali. La funzione di 'assistenza sociale' è di competenza comunale, i contenuti della funzione possono essere realizzati in forma singola o associata; in questa stessa materia le regioni svolgono funzioni di programmazione. Per entrambe le materie lo stato determina i livelli essenziali di assistenza anche se a questo scopo utilizza meccanismi differenti tra sociale e sanitario.

Dal punto di vista dell'integrazione tra sanitario e sociale, le asimmetrie tra le due funzioni determinano dei dislivelli e delle discrepanze che possono essere affrontati solo con idonei strumenti di tipo istituzionale. Si tratta di una dimensione dell'integrazione che non poteva essere affrontata compiutamente dalle normative antecedenti il referendum costituzionale, quindi dal 299 e dalla 328, e che oltretutto è stata resa ulteriormente complessa dalle successive norme applicative della riforma.

Naturalmente anche la questione stessa degli ambiti territoriali

sanitari e sociali va interpretata alla luce della cosiddetta articolazione verticale dei poteri, che genera il sistema multilivello Stato- Regioni – Comuni (amministrazioni locali). Lo stesso principio-guida costituzionale della sussidiarietà, inoltre, ha trovato nuova e vigorosa espressione nel *Codice del Terzo settore*; gli istituti dell'amministrazione condivisa che intercorrono tra Pubbliche amministrazioni e Enti del Terzo settore (tra cui la co-programmazione e la co-progettazione) sono stati definiti dalla Corte Costituzionale come una vera e propria procedimentalizzazione della sussidiarietà orizzontale.

1.3. *L'approccio sistemico*

Di solito le dinamiche dell'integrazione vengono approcciate dal punto di vista del singolo operatore che agisce nel campo, o al massimo dal punto di vista della sua struttura organizzativa di immediato riferimento, sia essa di tipo professionale, gestionale o direzionale. Questo modo di intendere l'integrazione porta inevitabilmente a una visione troppo ristretta e monodimensionale, che di fatto va a coincidere con il lavoro svolto da quella persona o il tipo di organizzazione a cui appartiene. Di conseguenza le azioni di costruzione di attività o interventi sociosanitari normalmente sono guidate dal punto di vista singolo e particolare, tra i tanti, che riesce a prevalere in quella fase.

Una prima evoluzione di questo istintivo approccio monodimensionale è stata prodotta con la definizione di tre elementi sistemici dell'integrazione: le cosiddette dimensioni direzionali, professionali e gestionali. In questo modo è stata allargata la prospettiva usuale ed è stata acquisita la consapevolezza di almeno tre delle dimensioni che agiscono costantemente e contemporaneamente nei processi di integrazione socio-sanitaria. Quando non viene curata una delle tre dimensioni, o quando non è allineata con le altre, l'intero assetto dell'integrazione diventa più debole, squilibrato, frammentato.

Una seconda evoluzione è stata prodotta con l'aggiunta di altri due elementi sistemici che riguardano l'integrazione tra sanitario e sociale: la dimensione istituzionale e la dimensione comunitaria. Quando si passa da una visione socio-sanitaria ancora tutta interna alla sola organizzazione aziendale sanitaria, a una piena visione di integrazione strutturale tra sanitario e sociale; allora occorre espandere l'impianto sistemico sia ai processi che articolano il dialogo e i rapporti tra le diverse istituzioni pubbliche, sia ai processi che articolano il dialogo e i rapporti con le comunità e le organizzazioni della cittadinanza attiva.

Si giunge così a definire i cinque cardini dell'approccio sistemico ed evoluto all'integrazione tra sanitario e sociale, che sommano i classici riferimenti interni all'organizzazione aziendale con i riferimenti all'interazione con soggetti istituzionali e comunitari autonomi e indipendenti. Si apre in questo modo una prospettiva articolata, e insieme codificata, che permette di approcciare la complessità dell'integrazione tra sociale e sanitario con strumenti adeguati sia per le organizzazioni che per le istituzioni e le comunità.

2. La questione dei Livelli Essenziali

La costruzione di un vero sistema integrato di servizi sociosanitari organizzato su base territoriale non riflette solo l'esigenza operativa di rispondere ai bisogni complessi sempre più emergenti, è ispirato anche da una precisa visione costituzionale che lega i bisogni di salute ai diritti alla cura e all'assistenza della persona.

Per legare i servizi ai diritti soggettivi le norme costituzionali individuano dei livelli essenziali di assistenza da assicurare lungo tutto il territorio nazionale, in riferimento alla funzione fondamentale di assistenza sanitaria e alla funzione fondamentale di assistenza sociale (le funzioni oggetto della riforma del Titolo V). Le risposte concrete ai bisogni complessi di salute e di assistenza, dunque, rappresentano i fattori che rendono effettivamente esigibili i diritti costituzionali alla cura e all'assistenza.

Secondo questa lettura i livelli essenziali, in fondo, rappresentano quella parte dei contenuti delle funzioni fondamentali da erogare necessariamente e in modo appropriato, omogeneo e uniforme lungo tutto il territorio nazionale. La costruzione dei sistemi integrati sociosanitari risponde in realtà a questo grande obiettivo costituzionale, da dispiegare in tutti i territori ricercando equità di accesso, adeguatezza delle cure e dell'assistenza, efficienza nell'utilizzo delle risorse.

2.1. Differenze tra la sanità e il sociale

In ambito sanitario i Livelli di assistenza vengono introdotti al D.lgs. n. 502 del 1992 con un primo riferimento ai 'livelli uniformi di assistenza', successivamente il D.lgs. n. 229 del 1999 introduce il requisito dell'essenzialità normando i 'livelli essenziali di assistenza'. Il Sistema sanitario nazionale è una forma di assicurazione sanitaria pubblica di tipo

universalistico, non legata né al rischio né al reddito, finanziata dalla fiscalità generale; viene regolata dai livelli essenziali di assistenza che allo stesso tempo rendono esigibili i diritti soggettivi alla salute e all'assistenza sanciti dalla Costituzione, ovviamente in presenza di un bisogno accertato.

In ambito sociale la Legge n. 328 del 2000 norma per la prima volta i Livelli essenziali di assistenza sociale (LivEAS); successivamente la Legge n. 42 del 2009 e il D.lgs. n. 216 del 2010 introducono la definizione di Livelli essenziali delle prestazioni per la funzione fondamentale di 'assistenza sociale'; infine la Legge delega n. 33 del 2017 e il D.lgs. n. 147 del 2017 riprendono l'impianto della Legge n. 328 del 2000 nel quadro normativo successivo alla riforma del Titolo V della Costituzione. I LEPs svolgono la loro funzione in un quadro molto diverso da quello dei LEA poiché non esiste un 'Sistema sociale nazionale', ma la funzione fondamentale di assistenza sociale si basa sui bilanci e sui regolamenti di accesso di 7.900 amministrazioni comunali.

Finora i principali strumenti di regolazione dei LEA e dei LEPs in ambito socio-sanitario sono recati rispettivamente dal D.P.C.M. 12 gennaio 2017 'Nuovi LEA' di competenza Ministero della Salute, e dai Piani Nazionali riferiti alla D.lgs. n. 147 del 2017 di competenza del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali.

Ma come è possibile mettere in relazione la costruzione del sistema dei servizi integrato con la prospettiva costituzionale dell'esigibilità dei diritti alla salute e all'assistenza? È questa la vera questione posta dai Livelli essenziali sia in materia sanitaria che in materia sociale. Pur agendo in due sistemi diversi, una assicurazione universalistica da un lato e una funzione singola dall'altra, si potrebbero comunque cogliere gli aspetti positivi dei due strumenti e farli agire di concerto.

La parte positiva dei LEA sanitari è costituita da molti elementi: il nomenclatore unico nazionale, il sistema di monitoraggio, il sistema premiale, la restituzione pubblica degli indicatori, l'utilizzo del nuovo sistema LEA per funzioni esplicite di governo del sistema. La parte positiva dei giovanissimi LEPs riguarda l'emersione di tre diverse tipologie che ampliano l'approccio solo 'prestazionale' dell'esperienza sanitaria; difatti oltre ai LEPs di erogazione che riguardano determinati servizi regolati dai piani nazionali, si comincia a osservare la nascita anche dei cosiddetti LEPs di processo e LEPs di organizzazione.

I livelli essenziali di processo riguardano alcuni processi assistenziali integrati e i loro elementi costitutivi: accesso, prima valutazione, valutazione multidimensionale, piano assistenziale personalizzato, valutazione degli obiettivi di salute raggiunti.

I livelli essenziali di organizzazione riguardano strumenti di più ampio raggio che costituiscono elementi indispensabili per la creazione di strutture stabili dedicate allo sviluppo di servizi integrati: le organizzazioni territoriali unitarie certamente, probabilmente anche gli strumenti di programmazione forse, forse il loro sviluppo nel tempo potrebbe anche arrivare potenzialmente agli organismi della governance istituzionale.

2.2. La possibile convergenza verso una prospettiva costituzionale

I LEA sono dunque in sviluppo da oltre venti anni e sono legati all'intero Fondo sanitario nazionale; i LEPs sono attivi di fatto da pochissimi anni e al momento sono legati ai fondi di origine statale che coprono solo parzialmente la spesa sociale complessiva. I primi hanno una solida base informativa di tipo prestazionale e un utilizzo rodato a livello aziendale, regionale e statale; i secondi hanno aperto lo scorso anno il loro sistema informativo nazionale, ma sono riusciti a individuare subito alcune dimensioni ulteriori alla sola erogazione delle prestazioni con i LEPs di processo e di organizzazione.

Pur con le profonde differenze che li caratterizzano, connettere tra loro in modo stabile e consapevole i LEA e i LEPs potrebbe dare luogo a un potente strumento di regolazione dei sistemi nazionali, regionali e locali. Bisognerebbe unire la forza di contenuto dei LEA con l'intuizione costruttivista dei LEPs. Pensiamo a cosa vorrebbe dire riuscire finalmente a rendere solidi i parametri delle prestazioni sociali in tutto il territorio nazionale da un lato, e dall'altro riuscire a definire un PTDA come un LEA di processo e il Distretto come un LEA di organizzazione. Definire un LEA o un LEP, vuol dire renderne esigibili i contenuti dai cittadini quando si trovano inaccertati bisogni di salute o di assistenza. Invece, nel mondo socio-sanitario, finora ci siamo sempre fermati a guardare tutto questo come un semplice rapporto tra chi paga di più o di meno una determinata erogazione; con l'inesorabile contorno di discussioni, conflitti e litigi infiniti che alla fine non hanno portato mai a nulla di serio.

Naturalmente questi strumenti così potenti e incisivi vanno utilizzati nel quadro generale delle compatibilità della finanza pubblica, e devono essere finalizzati al progressivo consolidamento delle capacità organizzative regionali e locali. Proprio con queste finalità i cosiddetti decreti del federalismo fiscale (Legge n. 42 del 2009 e D.lgs. n. 216 del 2010) hanno individuato lo strumento degli 'Obiettivi di servizio' come obiettivi di convergenza tra i diversi livelli verticali di governo (statale-regionale-comunale) da attuare nel quadro delle compatibilità generali in attesa dei LEP. A questo punto

bisognerebbe fare un altro passo in avanti e utilizzare gli Obiettivi di servizio, in modo esplicito, come strumenti per il perseguimento graduale e sistematico dei Livelli essenziali sia in sanità che nel sociale, ricercandone l'effettiva omogeneità e uniformità su tutto il territorio nazionale.

Impiegare i livelli essenziali come grandi regolatori generali dei sistemi 'sociali-e-sanitari', che il termine 'socio-sanitario' sembra essere diventato ormai un asfittico equivoco, potrebbe rivelarsi una strada innovativa e importante. In questo modo sarebbe possibile generare un'azione sistematica per il consolidamento dell'offerta, l'evoluzione interprofessionale e il cambiamento organizzativo, capace di coinvolgere progressivamente sia il livello statale che i livelli regionali e locali attraverso gli obiettivi di servizio collegati ai Livelli essenziali. Nella consapevolezza che i servizi non appartengono alle organizzazioni o agli operatori ma, attraverso la piena attuazione dei livelli essenziali, sono piuttosto lo strumento concreto di attuazione della prospettiva costituzionale per i diritti alla salute e all'assistenza di tutti i cittadini.

3. L'iniziativa di ANCI e di Penisola sociale

Rispetto a queste due grandi prospettive, la costruzione di sistemi sociosanitari integrati e i livelli essenziali intesi come fattori per l'esigibilità dei diritti alla salute e all'assistenza, si è mossa l'iniziativa di ANCI e di *Penisola sociale* nella seconda parte del 2021.

Gli elementi della nostra contemporaneità sono noti: la frantumazione dei sistemi sia nel sanitario che nel sociale, l'alta complessità dei processi da ricomporre, l'impatto della pandemia sulla salute e insieme sulle fragilità e le vulnerabilità, la spinta e le attese che riguardano il PNRR, l'impegno diretto di tantissimi operatori e organizzazioni pubbliche e private.

Il punto vero ormai non riguarda più le analisi generali, ma il confronto profondo su cosa fare e come farlo.

Il lavoro tecnico con cui ANCI e *Penisola sociale* hanno voluto affrontare questo mondo ha avuto un merito raro in questi tempi, perché ha cercato di trovare delle strade concrete accettando però la complessità del terreno in cui si vuole agire. Di solito le organizzazioni non accettano facilmente di confrontarsi con una complessità fatta di tante e diverse titolarità in cui si intrecciano servizi, professionalità, strumenti, provenienze, regole, linguaggi, culture, molto differenti. Normalmente si prova invece di

costituire una posizione di forza, per poi cercare di imporre da quella posizione un determinato canone all'insieme delle diversità in modo da riuscire a normalizzarle in qualche modo. Più la posizione di origine è forte, più il canone viene letto come efficace, e maggiore è la riduzione della complessità che riesce a evocare. Non a ottenere, però.

In questi venti anni che ci separano 'dal 229 e dalla 328' abbiamo assistito all'avvento di svariate posizioni forti che hanno prodotto il proprio canone riduttivo della complessità, e soprattutto della pluralità, richiesta dall'integrazione socio-sanitaria. Il risultato complessivo è ampiamente chiaro per tutti, seguendo questa strada non siamo riusciti a combinare un granché salvo alcune eccezioni variamente sparse nei territori e nei periodi del tempo. Soprattutto, così facendo non siamo riusciti a combinare un granché per la comunità nazionale nella sua interezza, è questo il fatto fondamentale.

3.1 *Il metodo e il gruppo di lavoro*

La direzione verso cui si è diretta l'iniziativa di ANCI e di *Penisola sociale* è stata, invece, quella di tentare di entrare nelle complessità cercando di riarticolare un ragionamento a più dimensioni. Per far questo sono stati ripresi i due filoni di base del D.lgs. n. 229 del 1999 e della Legge n. 328 del 2000, tematizzato un approccio di tipo 'strutturale' all'integrazione socio-sanitaria, ricercata una sua possibile declinazione secondo l'articolazione dei poteri del Titolo V. Ovviamente si è trattato di un percorso aggiornato ai nostri tempi, a 'venti anni dopo il 229 e la 328'.

Per alimentare un percorso di questo tipo *Penisola sociale* ha garantito la solidità dell'impianto metodologico e dell'organizzazione dei lavori, entrambi essenziali. È stato costituito un gruppo di lavoro molto atipico, perché l'intenzione era quella di riprodurre per quanto possibile la stessa molteplicità di interessi, appartenenze, ruoli, funzioni, linguaggi, culture, che ritroviamo tutti i giorni nel campo dell'integrazione. Grazie alla grande disponibilità delle persone che hanno partecipato, possiamo dire che il gruppo è riuscito ad andare proprio in quella direzione con una buona soddisfazione di tutti. Obiettivi raggiunti malgrado i lavori non siano stati proprio agevoli visto il periodo di restrizioni dovuto alla pandemia, o forse proprio quella è stata la condizione positiva fondamentale in questo caso.

È stato così elaborato un documento piuttosto consistente che reca anche un capitolo con una serie di proposte concrete di varia entità e oggetto. L'esperienza è stata presentata nella conferenza pubblica organizzata

da ANCI nel novembre 2021, ma su tutto questo altre sezioni del volume entrano nel merito in modo approfondito.

4. Alcune riflessioni in chiusura

Siamo completamente immersi in una condizione di profondo cambiamento, senza tuttavia avere un quadro sufficientemente evoluto e condiviso del campo complessivo in cui operare. Per questo molte delle forze in gioco tendono a ‘tagliare’ le proposte e le azioni verso un pragmatismo riduttivista, che promette risultati presentati come immediatamente visibili, comprensibili e concreti. Anche perché la costruzione di un quadro evoluto porta con sé la fatica del dialogo, della discussione, della composizione di razionalità diverse, nella consapevolezza che nessuno può perseguire da solo quella trasformazione ormai non più eludibile.

Occorrerebbe quindi promuovere un corso di azione capace di agire lungo traiettorie importanti e con questo genere di finalità generali. Mai come in questo momento servono capacità di visione e alta operatività insieme, mentre non servono né gli approcci ‘di scuola’ né l’attivismo spicciolo; e poi abbiamo bisogno di cultura e capacità di ricercare il dialogo. Apparentemente queste sembrano cose confuse che fanno perdere solo tempo, ma tagliare per l’ennesima volta attraverso una qualche posizione forte non porterà all’evoluzione sperata; anzi rischiamo di rimpiangere questi anni come ora stiamo rimpiangendo quello che non abbiamo voluto fare venti anni fa, pur avendo capito benissimo quali trasformazioni di sistema erano necessarie.

Alla fine, questa riflessione giunge alla stessa conclusione scaturita dal gruppo di lavoro, con il richiamo all’esigenza di una alleanza tra istituzioni, enti pubblici, università e mondo della ricerca, enti del Terzo settore, parti sociali e settori imprenditoriali. Un’alleanza consapevole che occorre voltare pagina e perseguire per passi concreti una reale trasformazione ‘di struttura’ nel mondo dell’integrazione socio-sanitaria e non solo, perché a partire da questo nucleo occorre coinvolgere anche gli altri settori e le altre funzioni legate ai determinanti di salute e benessere.

Una proposta portata alla discussione da uno dei componenti più evoluti e insieme più concreti provenienti dalla cosiddetta ‘società civile’, a riprova della centralità insostituibile del dialogo e della cooperazione tra diversi che ci porta oltre le professioni, le strutture organizzative e i ruoli solitamente conformati. E proprio questo sembra essere il momento di mettere in campo un’azione concertata che persegua un’alleanza di questa dimensione.

*Documento del gruppo di lavoro di Penisola sociale
sull'integrazione socio-sanitaria in Italia:
linee di azione e proposte operative*

Gruppo di lavoro tematico su “Integrazione Sociosanitaria”
di Michelangelo Caiolfa

Introduzione

La Conferenza nazionale sull'integrazione socio-sanitaria promossa da ANCI, Cittalia, Ifel e Roma Tre nell'ambito delle attività di *Penisola sociale* vuole proseguire l'esperienza realizzata lo scorso anno in occasione del ventennale della Legge 328 con la Conferenza dedicata alle trasformazioni del welfare locale. Il campo di riflessione affrontato quest'anno è dedicato ai processi di integrazione socio-sanitaria intesi come elementi cardine per la trasformazione evolutiva dei sistemi di servizio territoriali, esigenza diventata di primaria importanza in seguito alle vicende emerse dall'impatto della pandemia Covid-19.

L'iniziativa di promuovere una Conferenza nazionale sull'integrazione socio-sanitaria appare tanto più interessante se si pensa ai luoghi istituzionali di discussione già attivi che riguardano interventi legislativi settoriali in materie sociosanitarie come la non-autosufficienza, la disabilità, la salute mentale, le dipendenze patologiche. Luoghi in cui si affrontano interi 'pezzi' di una riforma socio-sanitaria complessiva che rischia di non avere un impianto comune e coerente, a cui va aggiunta la spinta alla revisione degli assetti della sanità territoriale recati dal cosiddetto 'DM 71'. Dal punto di vista istituzionale delle Amministrazioni Locali, invece, diventa indispensabile ricostruire un approccio e una proposta complessiva che sia alla base degli interventi in materia socio-sanitaria e territoriale.

Per sostenere il percorso di costruzione della Conferenza nazionale sull'integrazione socio-sanitaria, *Penisola sociale* ha organizzato un gruppo di lavoro tematico in cui ha cercato di replicare per quanto possibile la

complessità dei soggetti coinvolti dall'integrazione. A questo scopo sono stati coinvolti amministratori regionali e locali, esperti e accademici in materie sanitarie e sociali, dirigenti aziendali e comunali, professionalità sociali, rappresentanti del Terzo settore, nel tentativo di accendere un dialogo competente e critico alimentato dalle diverse esperienze e dai diversi punti di vista.

Il gruppo di lavoro ha coinvolto Alberto Alberani, Lorenza Benedetti, Francesca Bottalico, Marco Buralassi, Antonella Cifalinò, Daniela Lutri, Maurizio Ottaviani, Claudio Pedrelli, Franco Pesaresi, Angelina Di Prinzio, Domenico Scibetta, Mirella Silvani, Federico Spandonaro, Roberto Speziale, Serena Spinelli, Elide Tisi, Michela Trentini, Angelica Viola.

Il coordinamento del percorso è stato svolto da Annalisa Gramigna, Chiara Poli, Marco Accorinti e Monia Giovannetti di *Penisola sociale*. Michelangelo Caiolfa ha guidato lo svolgimento dei lavori e raccolto i materiali prodotti.

1. *L'approccio sistemico all'integrazione socio-sanitaria*

Per anni i temi legati all'integrazione socio-sanitaria sono stati lungamente dibattuti basandosi, per lo più, su alcune esperienze significative che sono riuscite a coordinare tra loro prestazioni sanitarie e prestazioni sociali. Purtroppo, però, di solito si tratta di esperienze in qualche modo limitate nel tempo o nello spazio, che si originano per un incontro positivo di finalità e interazioni, di norme regionali che hanno saputo dare applicazione a provvedimenti nazionali con lungimiranza, ma che non sempre diventano patrimonio comune e consolidato. La vera questione non è quindi di dimostrare quanto siano preziosi i servizi integrati, quando sono realizzati bene, ma di comprendere e costruire le condizioni adeguate, strutturali e persistenti che rendono possibile il "normale" sviluppo di servizi integrati. Se ce ne fosse stato bisogno, l'ultimo anno ha dimostrato quanto sia improcrastinabile l'esigenza di sviluppare un sistema socio-sanitario integrato esteso lungo tutto il territorio nazionale, generalizzato negli ambiti assistenziali, persistente e continuo nel tempo, legato in modo esplicito al rapporto tra LEA sanitari e LEP sociali.

Non si riparte da zero, ovviamente. Nei primissimi anni Duemila il decreto legislativo n. 299 del 1999 e la Legge n. 328 del 2000 hanno disegnato un impianto comune e coerente con gli obiettivi di un disegno

sistemico attivo in modo contestuale sia in ambito sanitario sia in ambito sociale. Sotto il profilo della *governance*, gli elementi di base sono largamente noti: ambito territoriale coincidente, conferenza dei sindaci, pianificazione e programmazione, definizione dei riferimenti di base per l'integrazione socio-sanitaria, ruolo del direttore di distretto, gestione associata, percorsi assistenziali integrati. Elementi di base che allora furono recati nella nuova definizione del distretto sanitario e nella creazione del sistema integrato dei servizi e delle attività sociali, ma che nei venti anni successivi non hanno mai trovato una completa e consapevole applicazione.

Con l'emanazione dei decreti Turco-Veronesi (DPCM 14 febbraio 2001) prima e Sirchia-Berlusconi (DPCM 29 novembre 2001) poi, l'azione normativa statale è entrata anche nella definizione di primi Livelli Essenziali di Assistenza nelle materie sociosanitarie. Meno note rispetto al 229 e alla 328, ma non meno importanti, sono state le implicazioni conseguenti all'applicazione sui territori regionali del DPCM del 14 febbraio 2001 dal titolo "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie" e dell'allegato 1C del DPCM del 29 novembre 2001, anche sulla base delle diverse modalità di recepimento attuate dalle Regioni. Fino a giungere al DPCM del 12 gennaio 2017, il cosiddetto "decreto Nuovi LEA", che definisce in modo puntuale le materie e i contenuti del macro-livello di "Assistenza Sociosanitaria", e impegna Stato, Regioni e Comuni in un percorso di costruzione condivisa.

La Conferenza nazionale sull'integrazione socio-sanitaria organizzata nell'ambito di *Penisola sociale* vuole appunto riprendere la visione strategica dell'integrazione socio-sanitaria, sostenuta da un approccio sistemico che non sia limitato alla semplice e consueta esposizione di "buone pratiche". Un approccio nato dall'assunzione delle asimmetrie costitutive che sono alla base dei due grandi sistemi da integrare, quello della sanità e quello del sociale, poiché fanno riferimento a diverse funzioni pubbliche con regimi e responsabilità molto differenti.

Rispetto agli elementi di base che caratterizzano le suddette asimmetrie, è possibile individuare dei cardini su cui fare perno per tentare di riallineare le interazioni tra sanitario e sociale rendendole stabili e continuative. Si tratta di cinque dimensioni tutte contemporaneamente indispensabili per innescare un cambiamento di struttura e costruire dei veri sistemi integrati di servizi:

- Dimensione Istituzionale,
- Dimensione Programmatoria e direzionale,
- Dimensione Interprofessionale,

- Dimensione Gestionale e organizzativa.
- Dimensione Comunitaria

Approccio Sistemico Multilivello	Integrazione				
	Istituzionale	Programmatoria	Gestionale	Professionale	Comunitaria
Livello Statale					
Livello Regionale					
Livello Locale					

Data la complessità dei temi da trattare, si è scelto di focalizzare l'approfondimento sulle dimensioni istituzionale, interprofessionale e gestionale dell'integrazione socio-sanitaria.

1.1. *La dimensione istituzionale dell'integrazione socio-sanitaria*

Come già accennato, i due grandi sistemi da integrare sono caratterizzati da profonde asimmetrie costitutive perché fanno riferimento a funzioni pubbliche diverse con regimi e responsabilità molto differenti tra loro.

Il Sistema Sanitario Nazionale è una forma di assicurazione pubblica di tipo universalistico non legata al rischio o al reddito, che viene finanziata dalla fiscalità generale. La funzione fondamentale di “assistenza sanitaria” è di competenza delle singole Regioni, che ne realizzano i contenuti (i servizi sanitari) attraverso le Aziende sanitarie e gli altri Enti dei sistemi regionali. La funzione è regolata dal livello statale attraverso i Livelli Essenziali di Assistenza e la portabilità dei servizi è assicurata lungo tutto il territorio nazionale.

Al contrario, non esiste un sistema sociale nazionale, ma la funzione fondamentale di “assistenza sociale” è di competenza delle singole Amministrazioni comunali, che ne realizzano i contenuti (i servizi sociali) in forma singola o associata. I servizi sociali sono finanziati all'interno dei singoli bilanci comunali e sono regolamentati di conseguenza, per questo i servizi sociali non sono portabili da un Comune a un altro. Da qualche anno è in corso l'individuazione e l'attivazione graduale di Livelli Essenziali delle Prestazioni riferiti a specifici fondi statali finalizzati.

La riforma costituzionale del 2001 impone di declinare l'esercizio delle funzioni fondamentali secondo l'articolazione verticale dei poteri amministrativi di livello statale, regionale e comunale. Aspetto che si rileva decisivo per l'integrazione se si considera che la funzione di "assistenza sanitaria" è di competenza regionale e la funzione di "assistenza sociale" è di competenza comunale, mentre al livello statale spetta la definizione dei LEA sanitari e dei LEP sociali.

La prima dimensione sistemica dell'integrazione è rappresentata dalle condizioni e dagli strumenti che potrebbero permettere l'esercizio congiunto delle funzioni fondamentali di assistenza sanitaria e di assistenza sociale. L'ordinamento nazionale e i conseguenti ordinamenti delle singole Regioni disciplinano le forme, gli strumenti e le modalità con cui i diversi livelli di governo (statale, regionale, comunale) possono esercitare le funzioni di competenza, dunque qualsiasi esercizio congiunto che voglia proporsi come stabile e continuativo nel tempo non può che essere costruito all'interno di questo ordinamento specifico.

Ne consegue l'esigenza di costruire, sotto i processi di integrazione professionale e di integrazione gestionale, un solido basamento fondativo che permetta agli Enti regionali e comunali di congiungere in modo legittimo e amministrativamente efficace l'esercizio delle funzioni e, di conseguenza, la realizzazione dei servizi sanitari e sociali che rappresentano i contenuti delle funzioni. Senza questo basamento istituzionale, la realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria non può che declinarsi in una perenne e semplice giustapposizione di prestazioni sanitarie e di prestazioni sociali.

Per costituire un sistema socio-sanitario integrato, dunque, non sembra sufficiente la sola concentrazione logistica di servizi sanitari territoriali e di servizi sociosanitari, né la sola definizione dei processi assistenziali integrati. Appare indispensabile che queste dimensioni essenziali dell'integrazione siano a loro volta incardinate all'interno di uno strumento di livello istituzionale che renda possibile l'esercizio delle incompressibili prerogative di indirizzo, programmazione, regolamentazione e controllo da parte degli Enti titolari delle funzioni. Per costruire un sistema socio-sanitario permanente e diffuso, con le attuali disposizioni costituzionali, occorre quindi un modello di *governance* istituzionale condivisa tra livelli regionali e livelli locali altrettanto permanente e diffuso.

L'unica alternativa possibile alla definizione sistematica di forme per l'esercizio congiunto delle funzioni sociali e sanitarie appare il trasferimento delle competenze sulle funzioni pubbliche da operare mediante una modifica costituzionale. Un trasferimento verso il livello regionale, portando nella sfera del Servizio Sanitario Nazionale anche le attività cosiddette

“sociali a rilevanza sanitaria” che attualmente sono ricomprese nella funzione fondamentale di “assistenza sociale” di competenza comunale. Oppure un trasferimento verso il livello comunale, restringendo la sfera del SSN per portare nelle competenze locali le attività cosiddette “sanitarie a rilevanza sociale” per le persone con non autosufficienza e disabilità, e poi prendere una decisione definitiva sulle quote a carico dei vari settori istituzionali per le attività socio-sanitarie, senza che però ciò comporti un innalzamento per l’eventuale quota su cui individuare la compartecipazione al costo.

1.2. La dimensione interprofessionale dell’integrazione socio-sanitaria

La dimensione interprofessionale è quella tradizionalmente più agita in campo socio-sanitario. I Progetti Obiettivo degli anni Novanta hanno rappresentato un cardine storico attorno a cui si sono lungamente dipanate azioni nazionali, regionali o locali volte alla definizione dei processi assistenziali integrati.

Il Dpcm del 12.1.2017 detto “Nuovi LEA”, al Capo IV dedicato all’Assistenza Sociosanitaria, assume il percorso assistenziale come elemento di base per tutte le materie regolate (Minori e Famiglie, Salute Mentale, Disabilità, Dipendenze Patologiche, Non autosufficienza):

- I percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali prevedono l’erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all’area sanitaria e all’area dei servizi sociali. Con apposito accordo sono definite linee di indirizzo volte a garantire omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa delle suddette aree, anche con l’apporto delle Autonomie locali, nonché modalità di utilizzo delle risorse coerenti con l’obiettivo dell’integrazione.
- Il Servizio sanitario nazionale garantisce l’accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale.
- Le Regioni e le Province autonome organizzano tali attività garantendo uniformità sul proprio territorio nelle modalità, nelle procedure e negli strumenti di valutazione multidimensionale, anche in riferimento alle diverse fasi del progetto di assistenza.
- Il *Progetto di assistenza individuale* (PAI) definisce i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona ed è redatto dall’unità di valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento

di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, socio-sanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia.

Il *Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2019-2021* riafferma i noti riferimenti al percorso assistenziale che viene scandito in quattro macrofasi: Accesso, Valutazione multidimensionale, Progetto personalizzato, Budget di progetto, a cui segue l'erogazione delle prestazioni e dei servizi previsti.

Rispetto a questo tipo di scansione articolata su quattro o cinque macrofasi (con o senza la specificazione sul budget di progetto, con o senza la macrofase di valutazione degli esiti raggiunti), praticamente ogni luogo del Paese ha avuto prima o poi l'occasione per sviluppare protocolli e strumenti professionali basati su settori di servizio sociale che si aprono al coinvolgimento di settori specialistici sociosanitari o, viceversa, basati su settori specialistici sociosanitari che richiedono l'apporto del servizio sociale già presente nelle aziende sanitarie oltretutto di quello presente negli enti locali.

Più recentemente alcune esperienze sono giunte fino a pensare di connettere i *Percorsi assistenziali integrati con i Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali* (PDTA) delle cronicità nel caso di persone con fragilità, non autosufficienze o disabilità. Mentre è sempre rimasta aperta l'esigenza della connessione tra i percorsi sociosanitari e altre dimensioni dell'integrazione che si riferiscono agli ambiti socioeducativi, dell'istruzione, del lavoro, dell'abitazione. Come è ovvio la visione si allarga ulteriormente, e necessariamente, se i processi non sono limitati alle sole organizzazioni pubbliche ma arrivano a coinvolgere stabilmente gli Enti del Terzo settore e le reti attive negli ambiti di vita e nelle comunità di riferimento.

Tuttavia dalle vicende di questi anni sembrano emergere due principali punti di criticità:

- a. L'effettiva adozione da parte delle organizzazioni pubbliche sanitarie, sociosanitarie e sociali dei percorsi assistenziali integrati, intesi come la normale modalità di accesso e fruizione dei servizi.
- b. L'effettiva costruzione di percorsi assistenziali, abilitativi e di sviluppo personale integrati capaci di legare tra loro protocolli operativi, modalità organizzative, allocazioni delle risorse, e che abbiano coerente rilievo nei regolamenti dei servizi, garantendo una presa in carico unitaria e tesa a un percorso di sviluppo globale.

Grande parte del dibattito pubblico sulla dimensione dell'integrazione professionale continua a essere assorbito dal cosiddetto "lavoro di équipe" e, in misura minore, dagli strumenti di valutazione multidimensionale. Di solito si danno per scontate, per esempio, sia l'organizzazione del sistema

unico di accesso sia l'organizzazione dell'unità di valutazione, con le loro funzioni, i loro assetti, le loro dotazioni.

Invece sembra che la questione centrale sia diventata da tempo, perlomeno dal Dpcm cosiddetto sui "Nuovi LEA", proprio il rapporto tra questi strumenti dell'integrazione professionale e l'organizzazione del sistema socio-sanitario nella sua interezza e complessità. Sono le trasformazioni che i percorsi assistenziali integrati portano sia nelle pratiche professionali che nelle organizzazioni del sanitario e del sociale, gli elementi di valore sistemico e strategico. Non si tratta solo di elaborare i protocolli dei percorsi, ma di legare l'organizzazione stessa ai processi assistenziali integrati. Diventa essenziale, quindi, il valore che questa organizzazione per processi integrati assume per gli Enti da cui provengono le professionalità coinvolte; così come il valore che assume per l'alimentazione delle reti di comunità o di prossimità.

1.3. La dimensione gestionale e organizzativa dell'integrazione socio-sanitaria

Nella dimensione gestionale e organizzativa dell'integrazione socio-sanitaria, di solito, sono ricomprese due diverse funzioni: una riferita alla realizzazione e all'erogazione di servizi o attività in cui siano presenti contemporaneamente prestazioni sanitarie e prestazioni sociali, ciascuna delle quali riferita al proprio e distinto ambito organizzativo; l'altra riferita all'organizzazione di servizi nati già in origine secondo modalità integrate, e alle relative responsabilità direzionali, amministrative e contabili condivise.

Il primo approccio è di gran lunga più diffuso e comune, fa coincidere il termine "gestione" con il termine "realizzazione" se non addirittura con il termine "erogazione". Il fuoco dell'attenzione è tutto concentrato sul risultato operativo, l'erogazione di servizi in cui siano giustapposte le prestazioni sanitarie e le prestazioni sociali che restano ognuna legata alla rispettiva catena organizzativa con responsabilità separate e distinte. È con questo punto di vista che di solito vengono approcciate e valutate le cosiddette "buone pratiche". Realizzazioni che sono riuscite, sempre con grande merito e impegno dei protagonisti operativi, a valicare qualche steccato organizzativo, professionale o amministrativo, per raggiungere l'erogazione contestuale, appropriata ed efficace delle prestazioni sanitarie e sociali. Da anni è manifesta una larga fioritura di buone pratiche molto interessanti, che a volte arrivano a raggiungere assetti piuttosto evoluti, in ambito residenziale, domiciliare, interprofessionale, lungo la continuità

assistenziale ospedale-territorio, lungo ulteriori piste di integrazione con l'istruzione, il lavoro, l'abitazione.

Il secondo approccio è meno consueto e prende in maggiore considerazione gli aspetti organizzativi e direzionali contenuti nel termine "gestione". Non si tratta quindi solo di riuscire a erogare dei buoni servizi sanitari e sociali, e di farlo anche in modo contestuale nei cosiddetti casi "complessi" per come si può e per quanto si può; si tratta di organizzare la gestione di servizi sociosanitari in pianta stabile. Dunque le catene direzionali, organizzative, amministrative e contabili devono incrociarsi in modo strutturato, permanente e continuo. Anzi, le diverse catene dovrebbero fondersi in una piattaforma gestionale comune (non in una piattaforma digitale, ma in una piattaforma gestionale che utilizza anche sistemi digitali evoluti come è normale che sia). Oltre i processi professionali e il diario giornaliero degli interventi, in questo caso l'integrazione strutturata interessa anche tutti gli altri processi di tipo gestionale e le responsabilità direzionali ai vari livelli necessari.

In questo momento il dibattito pubblico è impegnato in qualcosa che oscilla continuamente dal primo approccio solo "erogativo" al secondo approccio anche "sistemico": si tratta del tema estremamente complesso del budget di salute, o di progetto, o di cura, o di autonomia, secondo le varie accezioni. Paradossalmente il confronto sul budget di salute dà quasi per scontata l'erogazione fisica di servizi e attività integrate secondo il progetto assistenziale personalizzato. Difatti si concentra fortemente sulle condizioni che invece devono garantire, al responsabile pubblico del PAP, la disponibilità di tutte le risorse necessarie perché il programma degli interventi risponda il più possibile alla complessità dei bisogni di salute e al progetto di vita di quella persona. Ma per far questo occorrono appunto assetti gestionali complessi e integrati, processi professionali complessi e integrati, ambienti istituzionali complessi e integrati, reti comunitarie complesse e integrate.

Un'altra tensione evolutiva di questo genere è legata al *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza* - PNRR, ed è enorme. Le due missioni sulle infrastrutture sociali (M5C2) e sulla sanità territoriale (M6C1) prevedono azioni realizzative di tipo estremamente complesso. L'istinto immediato è ovviamente quello di rispondere con l'approccio delle "buone pratiche": si individuano modalità realizzativo-erogative corrette, efficaci ed efficienti; si fissano standard di riferimento per ciascuna realizzazione da fare; si individuano percorsi progettuali e operativi molto stringenti; poi si mette in piedi una rete di cabine di regia molto qualificate; e infine si cerca di fare un'azione innovativa, seria, in tempi brevi e di alta qualità. Tra l'altro, realizzare un programma del genere sarebbe un avvenimento profondamente

salutare per tutti i territori del Paese.

Tuttavia, una volta realizzati, quegli oggetti (le buone pratiche, rese standard diffusi) vanno fatti vivere e agire nei singoli contesti territoriali e per un tempo lungo, molto più lungo del tempo progettuale del PNRR. E vanno fatti vivere e agire in ambienti strutturalmente integrati, senza utilizzare scorciatoie che renderebbero vana l'innovazione. Ecco quindi come proprio dal PNRR, che oltretutto si coniuga con la nuova programmazione dei fondi europei, potrebbe scaturire una spinta formidabile verso l'evoluzione sistemica degli approcci gestionali all'integrazione socio-sanitaria.

2. Gli elementi di maggiore rilievo emersi dal gruppo di lavoro

Come obiettivo generale bisognerebbe cercare la strada per ricomporre un unico servizio socio-sanitario, superando la scissione degli approcci sanitario e sociale, e senza avere due regie separate. Attualmente non esiste un'infrastruttura in grado di garantire una presa in carico integrata, e poi in grado di seguire dei processi di cura complessi capaci di tendere verso una risposta coordinata ai bisogni globali di salute. Non esiste il luogo istituzionale integrato che potrebbe generare un'infrastruttura di questo tipo, e non sappiamo quali dimensioni effettive dovrebbe avere questa infrastruttura perché non conosciamo con precisione quante persone ne hanno bisogno, come e dove vivono, con quali complessità reali occorre interagire in ogni ambito territoriale.

Per raggiungere questo obiettivo, è sufficiente una buona manutenzione dell'esistente, o magari bisogna operare una ristrutturazione più profonda, ma non più che questo? Oppure c'è altro ancora, ci sono nuovi paradigmi e nuovi modelli da costruire e quindi bisogna puntare a un cambiamento di tipo strutturale? È in questa seconda direzione che si sono sviluppate le riflessioni del gruppo di lavoro.

Mentre restano ancora attivi i due sistemi, per avanzare nel campo dell'integrazione socio-sanitaria occorre ottenere alcuni risultati: fare chiarezza sui livelli di governance istituzionale, i bisogni da soddisfare, gli obiettivi da perseguire, le risposte da realizzare e dotare i due sistemi di risorse certe, coordinate e appropriate. Perché, per instradare progressivamente i sistemi verso condizioni reali e sostenibili di integrazione reciproca, è necessario individuare degli obiettivi comuni, comporre una dotazione di risorse strutturali e progettuali, realizzare una reale presa in carico delle persone. La visione complessiva dei fondi e la capacità di utilizzarli in modo coordinato rappresenta uno degli snodi maggiormente sottolineati nei focus group.

La logica multilivello è alla base di questo processo di ricomposizione: le Amministrazioni regionali hanno bisogno di recuperare un sapere, una capacità e una volontà di programmazione; le Amministrazioni comunali hanno bisogno di comprendere e agire il ruolo di soggetti istituzionali che rappresentano le comunità; gli Enti del Terzo settore hanno bisogno di esprimere il loro ruolo non sostitutivo attraverso l'amministrazione collaborativa, con azioni di co-programmazione e di co-progettazione orientate verso obiettivi specifici di interesse generale.

Tuttavia se il paradigma dell'integrazione è il territorio, se il metabolizzatore dell'integrazione è nel rapporto tra comunità e territorio, allora occorre declinarne il paradigma. Dotare il territorio per rispondere a bisogni complessi esige la definizione di uno standard e una metrica: ordinare i bisogni prioritari e le risposte; definire gli obiettivi di servizio; stabilire unità di misura; concordare standard di riferimento. E dunque occorrono sia strumenti di progettazione e di analisi, sia strumenti di programmazione integrata, con vincoli sulle azioni di programmazione e vincoli che a loro volta derivano dalle attività di programmazione.

La possibile definizione di standard e misurazioni si basa sulla conoscenza dell'esistente. Una conoscenza profonda e articolata che non può essere ricomposta senza l'accesso ai dati per i fini della programmazione, con una particolare attenzione alla loro restituzione anche in funzione incentivante per l'alimentazione delle banche dati stesse. Si pone qui la grande questione del rapporto tra piattaforme gestionali evolute e diritti individuali alla *privacy*, tra utilizzo dei *big-data* e nuove tecnologie della *blockchain*, con la conseguente produzione di nuove asimmetrie sia di tipo individuale che professionale o territoriale.

Tuttavia, nell'affievolirsi progressivo dei luoghi della governance e della cultura dell'integrazione su base territoriale, il rischio attuale è che la riscoperta del territorio avvenga su binari paralleli. Finalmente sono tornati di attualità sia la "sanità territoriale" che il "welfare di comunità", ma il timore è che si sviluppino due corsi di azione che solo nominalmente si richiamano reciprocamente senza tuttavia costruire il vero terreno comune condiviso e agito da entrambi.

Oltre che tra il sistema sanitario e il sistema sociale, grandi asimmetrie separano tra loro i diversi territori sia sul piano nazionale che all'interno delle stesse regioni. Anche sul piano squisitamente culturale è presente una frontiera: quando pensiamo all'integrazione socio-sanitaria le parti in gioco non si riferiscono alla stessa cosa e agli stessi contenuti. Accanto agli obiettivi generali, dunque, è necessario sviluppare anche metodi di lavoro diversi

dagli attuali. L'integrazione può essere il nuovo driver della trasformazione organizzativa, se questa viene intesa come evoluzione strutturale dei sistemi attuali.

2.1. Contenuti riferiti alla dimensione istituzionale

L'integrazione va sostenuta a tutti i livelli istituzionali con una serie di cabine di regia di ordine statale, regionale, locale. Uno dei cardini di tipo strutturale è la costruzione di un sistema multilivello di governance istituzionale che ricomponga l'insieme delle diverse competenze sociosanitarie in un complesso unitario e coordinato di attività e processi. A tal fine, non è più possibile evitare di mettere in relazione permanente le responsabilità istituzionali a cui fanno capo gli interventi sociali con quelle a cui fanno capo gli interventi sociosanitari.

Diventa quindi indispensabile articolare la ricomposizione istituzionale nei diversi livelli di governo interessati:

- Livello statale: costituzione della Rete nazionale per l'integrazione socio-sanitaria, in consonanza con la Rete della protezione e dell'inclusione sociale in ambito sociale, in cui siano rappresentati i Ministeri competenti, le Amministrazioni regionali, le Amministrazioni comunali, con sessioni di consultazione con le parti sociali e gli enti del Terzo settore. Organismo che avrebbe la competenza di elaborare un Programma nazionale per l'integrazione socio-sanitaria basato sul coordinamento strutturato dei LEA sanitari e dei LEP sociali.
- Livello regionale: costituzione delle “Reti regionali per l'integrazione socio-sanitaria” in relazione con l'analogo organismo nazionale, composte in ciascuna Regione dagli Assessorati regionali competenti, dai presidenti delle Conferenze degli Ambiti territoriali e dai Direttori delle Aziende sanitarie locali. Organismo che avrebbe la competenza di elaborare un Piano regionale per l'integrazione socio-sanitaria vincolante per le Aziende sanitarie e per l'organizzazione delle attività sociali a rilevanza sanitaria.
- Livello locale: l'elemento di base del sistema multilivello è rappresentato dalla Conferenza dei Sindaci di Ambito (sia dell'ambito sanitario che dell'ambito sociale nei casi in cui non ci sia coincidenza) e dal Direttore dell'Azienda sanitaria locale. Organismo integrato che avrebbe la competenza di organizzare un Piano locale per l'integrazione socio-sanitaria in cui sono espressi

i programmi triennali in materia, con evidenza degli obiettivi da raggiungere, delle risorse messe a disposizione, dei processi attivati e delle responsabilità realizzative.

Assumono particolare rilievo alcuni obiettivi di medio periodo che possono essere perseguiti attraverso un sistema codificato di governance istituzionale multilivello:

- Agire in modo sistematico, continuo e palese, assicurando il fondamentale dialogo operativo tra le diverse componenti statali per il coordinamento tra LEA sanitari e LEP sociali, e quindi rendere effettivamente esigibili i diritti di salute delle persone.
- Riattivare il ruolo centrale della programmazione dei livelli regionali attraverso il raccordo istituzionale tra Aziende sanitarie e Amministrazioni locali.
- Recuperare almeno in parte le attuali condizioni di sperequazione nei rapporti istituzionali tra Amministrazioni di diversa dimensione e centralità.
- Consolidare una dimensione locale basata su Ambiti territoriali quasi sempre sovracomunali a eccezione delle Città metropolitane e di altri grandi centri.
- Condividere uno scambio di riconoscimenti reciproci tra Amministrazioni locali e organizzazioni aziendali attraverso l'elaborazione congiunta di programmi operativi su obiettivi precisi, orientati verso finalità di interesse generale per le comunità locali.

2.2. Contenuti riferiti alla dimensione professionale

L'integrazione può essere il nuovo *driver* della trasformazione organizzativa se questa viene intesa come evoluzione strutturale dei sistemi attuali, come è stato detto. Questo approccio esige una forte e diffusa competenza professionale, una grande consistenza gestionale e una poderosa capacità ri-organizzativa.

Nell'area professionale dell'integrazione moltissimo è stato già detto, però quello che è stato effettivamente praticato è purtroppo "a macchia di leopardo". Il bisogno va colto dove si manifesta e i nostri servizi devono far seguire alla presa in carico un percorso di analisi, valutazione multidimensionale, produzione di un piano personalizzato, l'organizzazione di risposte appropriate ed efficaci rispetto ai bisogni individuati. Il percorso

assistenziale ha ovviamente un lato organizzativo che comprende il punto unico di accesso, le equipe multiprofessionali dotate di strumenti uniformi e di portafoglio, l'organizzazione di servizi complessi arrivando fino al budget di salute (o di progetto, o di cura, o di autonomia, o di libertà), l'attivazione di case manager e di reti di prossimità. Questa organizzazione per processi multiprofessionali è stata prevista anche dal Dpcm sui “Nuovi LEA” del 2017 a carico di tutti i settori sociosanitari: materno-infantile, salute mentale, dipendenze patologiche, non autosufficienza, disabilità. Tuttavia molto raramente i servizi sociosanitari si sono effettivamente organizzati in questo modo e hanno realizzato condizioni avanzate e strutturate di integrazione non occasionale con i servizi socioassistenziali, per poi proseguire verso le questioni legate all'istruzione, all'abitazione, al lavoro.

Al momento i tempi, le risorse, gli strumenti, sono in gioco in modo molto confuso. In effetti spesso la chiamata è inversa, per così dire. È da questi settori specialistici che si invia una chiamata all'integrazione verso persone e famiglie già prese in carico in modo monodimensionale, per attivare solo successivamente richieste per servizi socioassistenziali, per l'istruzione, per l'abitazione o per il lavoro. Al contrario bisogna fare ogni sforzo possibile per evitare due situazioni:

- Attivare interventi in modo tardivo per compensare situazioni diventate ormai di emergenza-urgenza,
- Attivare interventi solo su richiesta delle strutture sanitarie a cose già fatte.

L'integrazione non deve essere praticata solo tra i grandi complessi della sanità da un lato e del sociale dall'altro. Deve essere praticata anche all'interno dello stesso sistema sanitario così come all'interno dei vari sistemi sociali, dell'istruzione, dell'abitazione, del lavoro. Con tutto quello che comporta questo approccio in termini di dotazioni professionali sanitarie e sociali, di dialogo tra servizi, di costruzione di strumenti innovativi.

La transizione verso grandi piattaforme digitali potrebbe in parte agevolare soluzioni che vanno orientate in questa direzione. Vanno comunque tenuti fermi i riferimenti ai percorsi assistenziali: i Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali delle cronicità, i Percorsi assistenziali integrati del socio-sanitario, i Percorsi assistenziali del socioassistenziale. Il complesso integrato dei tre percorsi fornisce gli elementi principali per disegnare l'insieme dei nuovi processi di cura e di assistenza. In relazione a questa piattaforma processuale è possibile sviluppare le azioni di transizione digitale che riguardano ovviamente la teleassistenza e il teleconsulto, ma che in prospettiva potrebbero dare progressivamente vita a un ambiente pro-

fessionale, gestionale e amministrativo interamente interoperabile in modo nativo. Una transizione che a sua volta genera ricadute dirette nel ripensare le modalità dei processi, le modalità degli assetti, le modalità dei servizi.

Gli attuali programmi nazionali del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza fanno molta attenzione al rapporto tra sistemi territoriali di servizi e transizione digitale. Seguendo questa linea di evoluzione, le responsabilità sugli standard vanno declinati il più possibile, anche attraverso l'attivazione di cabine di regia impegnate su quadri coerenti e uniformi che non riguardano solo la costruzione delle strutture ma anche l'attivazione di contenuti fortemente innovativi.

Il budget di salute è uno di questi strumenti innovativi, forse il più discusso in questo momento.

Seguire il ciclo delle risorse porta inevitabilmente a pensare che, al massimo, è possibile assicurare qualche diritto per poche persone; seguire invece il ciclo dei diritti ci porta a perseguire l'ambizione di mettere in relazione i sistemi assistenziali integrati con i bisogni complessi delle persone e, attraverso il coordinamento tra LEA sanitari e LEP sociali, giungere a un momento oggettivo di erogazione.

Legare per quanto possibile la costruzione di un piano assistenziale personalizzato con il progetto di vita della persona, orienta il processo assistenziale verso una prospettiva profondamente costituzionale. Il budget di salute si presenta dunque come uno strumento complesso (una misura multi-schema) che al suo interno prevede contemporaneamente l'attivazione di diversi LEP e LEA:

- a. LEP/LEA di erogazione: un nucleo di prestazioni coordinate e contestuali di tipo sociale e sanitario definite come livelli essenziali di cui sono determinati contenuti, modalità di erogazione, fonti nazionali di finanziamento;
- b. LEP/LEA di processo: un insieme di processi validi contemporaneamente sia in campo sociale sia in campo sanitario che definiscono in modo univoco il percorso assistenziale integrato di presa in carico unitaria, valutazione multidimensionale, progettazione personalizzata, con la determinazione di modalità, strumenti e vincoli organizzativi;
- c. LEP/LEA di sistema: la definizione delle reti pubbliche coinvolte sia in campo sociale che sanitario, con la determinazione delle loro caratteristiche istituzionali, professionali e territoriali, e delle modalità di interazione con le reti comunitarie formali e informali anche in riferimento ai contenuti del Codice del Terzo settore.

Non si tratta dunque di attivare delle scorciatoie come la perimetrazione preordinata di risorse sanitarie e comunali, che poi vengono estratte dalle rispettive catene istituzionali e organizzative per essere trasportate in un'area separata a diretta gestione dipartimentale. Estrazione magari seguita dall'affidamento diretto a Enti del Terzo settore del complesso delle attività e degli interventi richiesti dall'esecuzione di un PAP/Progetto di vita, attraverso una rivisitazione della vecchia modalità degli albi dei fornitori.

L'amministrazione collaborativa si basa sulla condivisione di obiettivi dettati dall'interesse generale che accomunano la missione delle Pubbliche Amministrazioni e la missione degli Enti del Terzo settore. Tuttavia la relazione diretta tra istituzioni pubbliche ed enti privati passa sempre e comunque per procedimenti amministrativi aperti e trasparenti svolti secondo la disciplina del Codice del Terzo settore.

2.3. Contenuti riferiti alla dimensione gestionale

Per quanto riguarda l'area gestionale dell'integrazione, invece, molto è ancora da comprendere e da dire. Il tema eterno della coincidenza tra gli Ambiti territoriali della sanità e del sociale è ancora irrisolto, a testimonianza di tutta la strada che è rimasta in sospeso negli ultimi venti anni. Allo stesso modo resta irrisolto il tema del ruolo del Distretto all'interno del sistema sanitario e nel suo rapporto con le organizzazioni dipartimentali (committenza rispetto ai bisogni e verifica dell'erogazione, oppure funzioni direzionali reali su base territoriale e organizzazione gestionale diretta).

Anche sul lato socioassistenziale la strada non è stata percorsa, resta molto lontano quel "sistema integrato di interventi e servizi sociali" che avrebbe dovuto basarsi sul progressivo processo di coesione interno agli Ambiti territoriali sociali, entità che molto raramente hanno raggiunto un livello di identità e consistenza adeguato. Le modalità di gestione associata dei servizi, in riferimento all'esercizio associato della funzione fondamentale di "assistenza sociale", restano ancora delle frontiere da perseguire sia per la comunità scientifica, sia per le esperienze organizzative, sia per i canoni istituzionali. Il consorzio sociale che unisce i Comuni e lega agli obblighi è una esperienza che resta minoritaria nel panorama nazionale, e diventa rarissima se si entra nel campo realmente socio-sanitario.

Anche sul piano molto semplice e intuitivo delle dotazioni organiche la strada percorsa finora è insufficiente. È evidente la necessità di infrastrutturare i servizi sociali in termini di assunzioni, formazione, acquisizione di competenze sia per gli assistenti sociali che per le altre professioni e per

gli altri operatori sociali. Di recente il percorso è stato finalmente avviato con grande merito sia attraverso risorse dedicate alle assunzioni a tempo indeterminato di assistenti sociali a valere sul Fondo Povertà sia attraverso la finalizzazione di parte del Fondo di solidarietà comunale al rafforzamento del servizio sociale. Altre misure di rilievo sono previste dai Piani nazionali di settore e dalla Misura M5C2 del PNRR anche rispetto agli elementi formativi e di supervisione professionale. Si tratta di azioni tanto più preziose perché riferite esplicitamente a LEP e Obiettivi di servizio, passaggi fondamentali che qualificano queste azioni a cui attribuiscono finalmente un chiaro orientamento costituzionale. Proprio per queste ragioni, però, i meccanismi attuativi sono ancora da registrare nella loro effettiva capacità di agire come LEP e Obiettivi uniformi e omogenei lungo tutto il territorio nazionale. Molte amministrazioni locali hanno difficoltà a raggiungere la soglia di accesso ai contributi così come ad attivare le capacità assunzionali, per vincoli alla spesa e alle assunzioni, necessarie a colmare questa distanza. Nel complesso, è tutta la preziosissima spinta attuale sull'attivazione dei LEP sociali che ha bisogno di essere discussa e interpretata secondo un approccio evolutivo dei reali assetti territoriali.

Occorre anche qualificare un nuovo modo di intendere i servizi forniti in accreditamento istituzionale, creando regole certe per gli interventi svolti da enti privati *profit*, *non-profit* ed Enti del Terzo settore "in nome e per conto" delle Pubbliche Amministrazioni. I servizi accreditati devono essere idoneamente remunerati, onde non svilire la qualità dei loro interventi, ma al tempo stesso è indispensabile attivare un costante monitoraggio circa gli esiti e quindi l'efficacia stessa degli interventi. Tuttavia il punto decisivo rimane il rapporto tra servizi accreditati e percorsi di cura, che deve necessariamente restare strettissimo, con la programmazione pubblica che determina sia il fabbisogno che delle modalità di attivazione ed erogazione degli interventi.

Diventa indispensabile attuare programmi di riconversione delle reti assistenziali definendo in modo completo le filiere residenziali e domiciliari, con una maggiore specializzazione interna delle diverse intensità e complessità da assicurare, e una maggiore appropriatezza dei processi e degli interventi. Una reale programmazione complessiva delle nuove reti potrebbe quindi cominciare ad affrontare il necessario riequilibrio delle asimmetrie di offerta che caratterizzano i diversi territori, con particolare attenzione verso i settori maggiormente carenti. Un quadro che permette anche di superare il concetto attribuito ai servizi accreditati di mero erogatore di servizi rispetto alla Pubblica Amministrazione (PA), o di mero sostituto della PA in altri casi.

Ma in generale, se si volesse fare un passo avanti nell'evoluzione

professionale e gestionale dell'integrazione, da dove si dovrebbe iniziare? Vengono prima gli assetti o i processi? Viene prima la definizione dei servizi e delle prestazioni integrate che si devono realizzare, o viene prima la definizione dei processi che permettono una reale integrazione rispetto ai bisogni complessi?

Probabilmente si tratta di quesiti che hanno un fondamento relativo, in una organizzazione evoluta gli assetti e i processi vanno di pari passo:

- Gli assetti sono fondamentali per recuperare le fortissime disomogeneità attuali, e l'organizzazione è una dimensione ineludibile;
- I processi sono fondamentali per orientare questo recupero indispensabile verso il vero obiettivo: l'evoluzione dei percorsi di cura in relazione ai bisogni complessi.

Organizzazioni che vogliono evolvere utilizzando l'integrazione come vettore della trasformazione, devono entrare nei confini dell'area grigia in cui non si è più nel colore esclusivo della sanità o del sociale; e un'organizzazione evoluta presenta un profilo diverso da quello attuale di tipo prevalentemente “divisionale” (anche detta “a silos”, “a colonne”, “a comparti”). Si tratta di andare verso nuovi modelli organizzativi di tipo reticolare con elementi gerarchici funzionali alla creazione di nodi (gli assetti) e connessioni (i processi), che vengono definiti “Modelli organizzativi agili”. I fattori abilitanti organizzativo-gestionali tipici di questi assetti più evoluti, che sono i veri fattori propulsivi del cambiamento, sono noti:

1. Adottare una strategia chiara e condivisa.
2. Attribuire autonomia decisionale alle equipe integrate, basandosi su un esplicito lavoro di corresponsabilità.
3. Superare processi troppo standardizzati per ottenere soluzioni personalizzate, per cui occorrono organizzazioni che permettano rapidi cicli di apprendimento e decisione,
4. Praticare politiche di gestione del personale basate sui talenti e la loro valorizzazione, più che su un approccio di tipo amministrativo, con risposte adeguate sia in termini di riconoscimento sociale ed economico che in termini di crescita, stabilità e continuità dei livelli occupazionali.
5. Comprendere che le tecnologie hanno un valore strategico sia in campo clinico-assistenziale sia per la gestione dei processi.

Le reti sono di estrema importanza per il futuro. Si tratta di organizzazioni diverse, ibride, contaminate, in tensione positiva, che lavorano sui

confini per ricomporre e non sulle fratture per continuare a suddividere e conservare. Procedendo lungo questa direzione si aprono scenari di grande rilievo, che riguardano anche le capacità di costruire competenze direzionali diverse per riuscire a mettere in campo risorse umane, professionali, economiche tecnologiche e strumentali appartenenti a enti diversi ma che perseguono le stesse finalità.

2.4. L'occasione del PNRR e la questione culturale

Pensare a un sistema nuovo dispiegato in modo omogeneo e uniforme lungo tutto il territorio nazionale è l'obiettivo che è possibile scorgere all'orizzonte, nel mezzo bisogna percorrere tante tappe diverse di avvicinamento e approssimazione e, tra queste, l'occasione rappresentata dal PNRR è enorme. Una occasione doppia, per così dire, perché riguarda sia azioni attuative sia azioni di riforma.

Le missioni M5C2 e M6C1 riguardano le infrastrutture sociali e la sanità territoriale e prevedono azioni centrate sulle Case e Ospedali di comunità, servizi domiciliari consistenti, forte componente digitale, attività strutturate per la grave marginalità. Le missioni sono legate anche a tre azioni di riforma che riguardano il disegno organizzativo della medicina territoriale, la non autosufficienza e la disabilità.

Incrociando azioni attuative con azioni di riforma è forse possibile cogliere alcuni obiettivi che possono fare avanzare il percorso complessivo di innovazione strutturale. È il caso delle *Case della comunità* intese prima di tutto come il luogo fisico della ricomposizione tra sanitario e sociale, e come la fonte per una nuova filiera domiciliare dedicata alle persone con non autosufficienze, e per un vero budget di salute e di progetto in riferimento alle persone con disabilità. Un'assistenza domiciliare capace di *mixare* con appropriatezza la parte medico-infermieristica e di servizio sociale professionale, la parte abilitativo-riabilitativa, la parte assistenziale e la parte socio-educativa, per affrontare sia le risposte di breve periodo che quelle di lungo periodo per le persone con non autosufficienze e quelle di progressivo sviluppo e autonomia per le persone con disabilità.

In questo quadro diventa centrale la comprensione del ruolo giocato da quelle che al momento vengono chiamate "reti di prossimità", e che più propriamente possono essere definite come "reti orientate di comunità". L'unione tra gli ambiti in cui viene organizzata la sanità territoriale e gli ambiti in cui viene perseguito il welfare di comunità è il passaggio fondante di un nuovo rapporto tra sanità, sociale, comunità locali. Un passaggio che

rappresenta una sfida anche per le organizzazioni del Terzo settore che sono chiamate a partecipare direttamente alla costruzione della nuova evoluzione sistemica attraverso l'amministrazione condivisa e gli istituti pregiati della co-programmazione e della co-progettazione.

La linea dell'organizzazione è decisiva, perché i rischi che si avvertono sono molti preoccupanti. Nel disegno attuale del PNRR l'integrazione non c'è, viene auspicata ma non organizzata. Non c'è l'impegno a cambiare il modello, mentre i soggetti che dovranno fare l'attuazione del PNRR si dovranno porre il problema che occorre perseguire un disegno unitario di tipo nuovo. Il PNRR rischia paradossalmente di incrementare le differenze tra aree già forti e aree più deboli.

La divisione che non fa dialogare tra loro la missione M5C2 con la missione M6C1 è preoccupante. Si rischia un effetto di rimbalzo negativo: il servizio sociale che esce dalla sanità e l'espulsione di settori di intervento del sanitario verso il sociale comunale. Ad esempio, è la patologia che definisce la condizione di non autosufficienza e i bisogni complessi che genera, per cui non basta una sola prestazione di ADI ma tutte quelle di cui si ha bisogno secondo un programma appropriato di risposte. Ma questo significa entrare nel mondo dei processi complessi e integrati, e il paradigma delle semplici erogazioni prestazionali senza impianto istituzionale non è più sufficiente. Occorre ripartire dagli assetti istituzionali per costruire un nuovo modello: i nodi sono sempre gli stessi su tutti i tavoli dell'integrazione.

I due sistemi devono essere entrambi forti e proattivi, per poter dare vita a un luogo unico, con una sola presa in carico, un solo budget di salute, una sola equipe, una sola visione delle risorse, una sola organizzazione degli assetti e dei processi. Finora la riforma legata alla nuova sanità territoriale, il cosiddetto Decreto ministeriale numero 71, rischia di essere tradotto solo in parametri di offerta, mentre bisogna perseguire la dimensione attuativa della riforma nelle sue dimensioni evolutive per costruire un sistema integrato unitario, permanente e continuo, esteso lungo tutto il territorio nazionale, orientato verso l'attuazione dei LEA sanitari e dei LEP sociali per la piena esigibilità dei diritti alla salute, all'assistenza e al benessere.

Accanto alle dimensioni operative, esiste anche una grande questione culturale che riguarda la comprensione del senso di quello che si sta facendo, la capacità di pensare il cambiamento, l'organizzazione della transizione, la propensione alla condivisione. Rispetto all'evoluzione richiesta dal tempo attuale, la questione culturale risalta con estrema evidenza e rischia di rendere molto difficile il cambio di paradigma e la realizzazione di una nuova struttura per la salute.

Lavorare sulla dimensione umana del cambiamento è una linea obbligatoria. Si tratta di immettere fiducia nel sistema attraverso elementi di soddisfazione, perché sono le persone che fanno la differenza; attraverso restituzioni degli esiti del percorso, perché sia possibile vedere i risultati anche parziali di quello che si fa; attraverso convergenze degli alfabeti, perché adesso i linguaggi e le immagini che evocati sono troppo differenti tra loro; attraverso elementi di perentorietà, perché si proceda verso la direzione scelta con le prescrizioni e gli obblighi necessari. Per questo è utile pensare a una sorta di “scuola di ri-formazione” per la riformulazione del pensiero degli operatori e delle professionalità, così come dei livelli dirigenziali e istituzionali.

Sulla base delle riflessioni emerse, il gruppo di lavoro ha concluso che in termini più generali la soluzione potrebbe essere imperniata su un'alleanza tra istituzioni, enti pubblici, università e mondo della ricerca, enti del Terzo settore, parti sociali e settori imprenditoriali per la creazione di una grande infrastrutturazione di processo. Una infrastruttura dotata di intelligenza e di consapevolezza di sé, dispiegata lungo tutto il Paese e orientata verso l'attuazione dell'orizzonte costituzionale per la piena attuazione dei diritti alla salute e all'assistenza.

PARTE II

ANALISI E RIFLESSIONI SULLA REALIZZAZIONE
DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

*Relazione introduttiva:
la realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria*

Luca Vecchi

Sindaco di Reggio Emilia , delegato welfare ANCI

Nel mio intervento, anzitutto tengo a ringraziare tutti coloro che hanno portato avanti anche quest'anno proficuamente il percorso di approfondimento e confronto nell'ambito del progetto di *Penisola sociale*, in particolar modo il dottor Caiolfa e il suo gruppo di lavoro e naturalmente tutti i relatori che sono intervenuti e dalle cui relazioni scaturiscono spunti e proposte interessanti sul tema oggetto del confronto di oggi e in particolar modo sul tema della collaborazione e dell'integrazione a livello socio sanitario.

Voglio mandare un ringraziamento in particolar modo al Ministro Orlando, per l'attenzione del suo Ministero al mondo dei comuni e la rinnovata disponibilità al confronto e alla collaborazione che ormai da anni portiamo avanti insieme sui principali temi del welfare del nostro Paese.

Gli effetti della pandemia hanno posto in questione l'effettivo equilibrio del nostro sistema sanitario nazionale da un lato, e dei nostri servizi socio-assistenziali dall'altro. Per quest'ultimi è emersa l'esigenza di affrontare finalmente un'evoluzione di tipo strutturale e sistemico basata su un nuovo paradigma sia per quanto riguarda l'assistenza e quindi il settore assistenziale, sia per quanto riguarda gli aspetti organizzativi. Il *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza* - PNRR ci consente innanzitutto di trovare la risposta più attesa in termini di risorse a questa tensione verso il cambiamento e verso l'innovazione, sia per assecondare il rafforzamento progressivo delle reti e delle infrastrutture sociali, sia per programmare, progettare e realizzare progressivamente un'innovazione importante dell'organizzazione del sistema sanitario italiano nella direzione della *sanità territoriale*.

Perché sia possibile cogliere appieno l'irripetibile occasione di evoluzione che ci troviamo di fronte, è necessario coniugare coerentemente tale piano e tali risorse con gli altri programmi europei ordinari, quelli che vanno dal 2021 al 2027, con tutti gli altri fondi nazionali e con i collegati piani

nazionali di settore, e far sì che le riforme di servizi e di interventi da attuare diventino i livelli essenziali di assistenza e di prestazione da finanziare adeguatamente in maniera stabile e strutturale anche dopo la conclusione stessa del PNRR. Ma occorre anche condividere una chiara visione strategica di tipo politico sulla direzione da prendere per investire sul futuro del Paese e sulla sua capacità collettiva di perseguirla. Serve partire non soltanto dalle risorse, ma dai diritti dei cittadini per mettere in relazione i diversi sistemi assistenziali, le loro competenze, facendo convergere le varie risorse sociali e sanitarie in un unico budget al servizio di una programmazione e di una progettazione integrata. Serve costruire reti territoriali solide e capillari e condividere risposte sinergiche orientate ai bisogni complessi delle persone. Serve una rinnovata visione politica del ruolo delle politiche sociali e sanitarie. Non basta più una visione prestazionale, ovvero una visione in cui al bisogno si offre una prestazione di risposta nei limiti del possibile e qualitativamente più alta possibile, ma serve, nell'incontro e nella collaborazione fra la dimensione del sociale e la dimensione sanitaria, una capacità di immaginare anche una diversa visione di idea di comunità, delle nostre città, del nostro Paese.

Le risorse nel PNRR sono certamente preziose per il necessario rafforzamento settoriale, tuttavia occorre un maggiore impegno affinché non ci si limiti più a ragionare su singoli servizi. Non possiamo continuare a essere dei silos verticali che hanno difficoltà a dialogare a livello orizzontale tra settori e progettualità e che si sviluppano in maniera molto disforme da un territorio all'altro. Si vuole invece approfondire e condividere e mettere in atto le innovazioni sistemiche necessarie a promuovere un nuovo paradigma di fondo basato su una efficace collaborazione tra ambiti e servizi e su un'intersectorialità delle politiche che mettano al centro la persona e i suoi bisogni in maniera olistica.

Credo che sia abbastanza intuitivo, e politicamente elementare per tutti, comprendere che l'innovazione futura del nostro sistema del welfare e del sistema sanitario italiano necessiti se non proprio di una convergenza efficace nel segno dell'integrazione, quanto meno del rafforzamento strutturale della capacità di collaborazione tra il sistema delle competenze del settore sociale e il sistema delle competenze del settore sanitario. Ne deriva l'efficacia a valle dei servizi e delle politiche promosse nei confronti dei cittadini. Ciò significa riuscire a far dialogare ovunque nel nostro Paese organizzazioni, professionisti, operatori con appartenenze diverse e serve uno sforzo e un po' di generosità e di disponibilità a buttare ponti e a venirsi incontro per rispondere globalmente ai bisogni di salute, di assistenza, di autonomia e di

benessere delle persone.

Questo vuol dire che tutti sono chiamati a valicare le barriere che ci hanno tenuti finora nei recinti di sempre per entrare in un nuovo terreno comune.

Lo sforzo del PNRR, del nuovo ciclo dei fondi europei strutturali, delle pianificazioni nazionali con investimenti per le infrastrutture e le strutture fisiche e digitaliche perseguono l'innovazione dei servizi, deve essere tradotto in un grande sfida per l'evoluzione complessiva del nostro sistema. Devono essere al passo con la complessità dei fenomeni e dei bisogni odierni. Oggi spinti dalla comprensibile urgenza delle scadenze europee corriamo il rischio di produrre azioni di rafforzamento dei servizi senza un'evoluzione complessiva di tutto il sistema.

Attualmente il dibattito pubblico e l'attività legislativa e istituzionale sono pervasi da un grande fermento per la definizione e la realizzazione di riforme a lungo attese come quelle della non autosufficienza, della disabilità, delle tante linee previste all'interno del PNRR. Tuttavia il rischio è di affrontare singoli pezzi di una riforma socio sanitaria più complessiva che rischia di non avere un terreno di base comune, un impianto coerente, una *governance* strutturata. Di lasciare ancora una volta ai territori, ai comuni, ai singoli assessori, l'onere di connettere i vari pezzi e cercare di interessare e rafforzare il dialogo tra settori pubblici e privati e trovare modalità di collaborazione che saranno ancora naturalmente difformi da un territorio all'altro.

Consapevoli di ciò, come ANCI abbiamo evidenziato nelle opportune sedi istituzionali la necessità che sia individuata una sede stabile di confronto e collaborazione inter-istituzionale a partire dal livello centrale, che coinvolga i ministri competenti alla salute, alla disabilità, alle politiche sociali, le regioni, i comuni. Una *governance* integrata a livello nazionale che definisca con chiarezza ruoli, responsabilità e una cornice omogenea di standard minimi di intervento socio-sanitario in tutto il Paese, integrando i LEPS sociali con i LEA sanitari, favorirebbe una maggiore integrazione socio-sanitaria anche a livello territoriale.

Va valorizzato il ruolo dei sindaci. I sindaci, in qualità di massima autorità sanitaria locale, e le rispettive conferenze dei sindaci, diventano ineludibilmente il perno intorno a cui ricostruire una capacità maggiore di programmazione e di iniziativa sul territorio, sia da un punto di vista della sanità territoriale, sia dal punto di vista dell'innovazione complessiva dei nostri sistemi di welfare locali.

Trovo che le proposte avanzate dal gruppo di lavoro di *Penisola sociale* siano

complessivamente condivisibili e in linea con le istanze che l'Associazione Nazionale Comuni Italiani-ANCI rappresenta nei diversi tavoli istituzionali. L'individuazione di una sede stabile di concertazione e di *governance* che definisca strumenti e standard minimi condivisi di programmazione organizzazione e gestione; una vera e propria programmazione integrata a livello nazionale, regionale e locale con cui far concorrere tutte le risorse disponibili, e apprezzo inoltre l'idea di un patto inter-istituzionale non solo per la salute, ma più in generale per il welfare inteso come promozione del benessere e dei diritti di cittadinanza. È necessario uno sforzo congiunto tra i diversi livelli di governo e i diversi settori di intervento fondato sulla consapevolezza comune del valore della salute pubblica, sull'importanza dell'approccio sistemico e innovativo, su una simultanea assunzione di responsabilità che si traduca nella programmazione e nella realizzazione di politiche pubbliche sinergiche, inclusive ed eque, e in grado di dare risposte adeguate e tempestive. Abbiamo bisogno di innovare il sistema delle politiche sociali, il sistema delle politiche sanitarie e fare questo significa anche mettere in campo una nuova visione di Paese, una nuova visione più umanistica della società, dove il primato dell'economia e della finanza, che per lungo tempo è stato ed è tutt'oggi culturalmente egemone nell'organizzazione anche sociale, faccia spazio alla centralità della persona e alla capacità di dare sostanza al valore della solidarietà, a una idea forte di comunità e a una visione alta di una idea di cittadinanza. Credo che in tutto questo in una certa misura si può aspirare a una società più equa, più giusta e a una capacità di guardare al futuro senza lasciare indietro nessuno.

INTERVENTI
SUL TEMA DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANTARIA

Tiziana Frittelli
Presidente Federsanità

Prima di iniziare il mio intervento voglio esprimere i miei complimenti per l'alto livello dei temi trattati e degli interventi in programma. Ho trovato molto bello il discorso del sindaco Luca Vecchi, delegato al Welfare, e grandissima la passione dell'Onorevole Turco alla quale questo Paese deve molto per quanto già realizzato, ma anche adesso che si sta battendo per un finanziamento adeguato dei Livelli Essenziali delle Prestazioni in ambito Sociale (LEPS).

Federsanità condivide totalmente la tesi che non fornire di un finanziamento adeguato ai LEPS significa, in realtà, un falso riconoscimento degli stessi: credo che questo Paese non se lo possa permettere. Ci troviamo in un momento molto importante in cui o riusciamo a realizzare, adesso, una riforma integrale del sistema sanitario con una integrazione socio-sanitaria vera, oppure sarà complesso e difficile riuscirci in futuro.

Non vi nego che anche il mondo sanitario sta discutendo di questi temi e siamo in grandissime difficoltà. Chi mi ha preceduto ha descritto in maniera molto esaustiva quale sia l'ambito dei problemi. Abbiamo capito che le sfide da affrontare in modo contestuale sono: la sanità territoriale con la complessità della cronicità; la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico in un'ottica *one health*. Si tratta dei due grandi interventi richiesti dai progetti del *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza* - PNRR nell'ambito della Missione 6. Su questo si concentreranno le due grandi riforme delle quali si sta discutendo: una in fase di discussione parlamentare sulla disabilità, l'altra con il lavoro della *Commissione sulla non autosufficienza* presieduta dall'Onorevole Livia Turco, e l'anticipazione dell'articolo 43 nella *Legge di bilancio*.

Rispetto all'innovazione tecnologica e alla ricerca sarà molto difficile dialogare in ambiti diversi se non ci sarà un sistema funzionante di interoperabilità. Al contempo, non ci può essere un *Fascicolo Sanitario Elettronico* che non recepisca anche l'aspetto sociale altrimenti saremo sempre disallineati.

Abbiamo, soprattutto nell'ambito della Missione 6 e della Missione 5, tanti finanziamenti, ma in realtà sappiamo che sono interventi di tipo strutturale. Quindi, la problematica che è emersa riguarda una serie di livelli istituzionali, organizzativi e professionali che ci pongono il problema

di quali risorse mettere in campo, perché solo con gli interventi strutturali non ce la possiamo fare.

Per fare un esempio: in sanità si sta aprendo la grande discussione in riferimento anche a quello che è il *Documento di Finanza Pubblica* – DEF ultimo che vede diminuire nel 2024 al 6,1% la partecipazione del costo della sanità rispetto al PIL, paragonato al 7,51 attuale. Come si farà a riempire di risorse le *Case di Comunità* e gli *Ospedali di Comunità*? come si potranno finanziare le Centrali operative territoriali o l'integrazione dell'assistenza domiciliare se poi non avremo le risorse umane da impiegare? Si devono stabilire le necessità di dotazione nell'ambito della Missione 6 sullo sviluppo della sanità territoriale, poiché, per ora, ci si pongono dubbi, per esempio, sull'assenza di 20.000 infermieri. E qui interviene pesantemente anche il grosso *gap* rispetto alla formazione, per cui diventa fondamentale portare a bordo il mondo universitario.

Un altro piccolo esempio, riguardo al potenziamento su cui conta la Missione 5 per le aree interne, e in particolare sulle farmacie rurali, è importante identificare ambiti sanitari e ambiti sociali. Se la discussione si apre in maniera parallela e non integrata, non potremo beneficiarne per sviluppare le problematiche delle aree interne, nelle quali insiste peraltro la popolazione più anziana. Così come non potremo nemmeno integrare quello che potrebbe essere un punto di riferimento costituito dalle farmacie rurali con le strutture che avremmo nell'ambito della sanità territoriale.

Questo appuntamento di *Penisola sociale* mi sembra particolarmente importante e stimolante perché focalizza il dibattito sulla sanità territoriale e il cosiddetto “DM 71”, decreto sull'assistenza sanitaria territoriale, e anche sull'integrazione rispetto a tematiche quali la riforma della disabilità e quella della non autosufficienza.

Le azioni che stiamo mettendo in campo come Federsanità sono proposte molto operative e concrete. Pensiamo che, al di là di discussioni che si sono succedute nell'arco di un ventennio - a partire dalla Legge n. 328 del 2000 che però ha trovato scarsa attuazione se non in alcune regioni quali Toscana ed Emilia Romagna - sia necessario essere concreti.

Il progetto sul quale puntiamo di più è l'*Osservatorio per la raccolta delle buone pratiche di integrazione socio-sanitaria*, attraverso cui si intende indagare tra le Regioni che hanno sviluppato una sufficiente esperienza e che hanno saputo valorizzare i territori e quindi hanno realizzato una maggiore integrazione socio-sanitaria. Si tratta di una banca dati integrata, sanitaria, sociale ed economica, che abbiamo realizzato secondo un progetto sperimentale in convenzione con Agenas, l'*Agenzia nazionale per i servizi*

sanitari regionali. L'Osservatorio sull'integrazione socio-sanitaria avrà un sito dedicato in cui saranno raccolte le esperienze significative esistenti.

Siamo una confederazione di Federsanità-ANCI regionali e abbiamo tra le nostre *mission* anche la raccolta, lo studio e la valutazione delle migliori esperienze di integrazione socio-sanitaria che si sono realizzate sui territori regionali e la restituzione degli elementi di rilievo. Speriamo di esportare, per contaminazione, le migliori buone pratiche verso altre situazioni che sappiamo purtroppo caratterizzanti di una Italia che cammina a diverse velocità.

L'obiettivo è di arrivare a un *Patto per il sociale* coordinato con il DPCM sui "nuovi LEA", e quindi fare integrazione dei LEA insieme ai LEPS, adeguatamente sostenuti anche finanziariamente. L'opportunità che oggi vi pongo è quella di costituire un tavolo tecnico tra Federsanità-ANCI e *Penisola sociale* ancora più approfondito, che offra un contributo su queste riforme e che possa diventare un centro propulsore di discussione.

Un ultimo impegno di Federsanità è quello di proporre e realizzare una formazione comune, un master ad esempio nel quale far sedere insieme la filiera della sanità territoriale e quella sociale dei comuni per allineare linguaggi e quindi azioni di programmazione e di intervento. Mi pare che l'intenzione ci sia, gli strumenti li stiamo costruendo e, quindi, grazie per questa mattinata di lavori perché credo che ci siano le basi per una futura e stretta collaborazione.

Pierciro Galeone

Direttore dell'IFEL - Istituto per la finanza e l'economia locale

Il documento del gruppo di lavoro di *Penisola sociale* sull'integrazione socio-sanitaria in Italia fornisce una lettura chiara della questione e una visione lucida delle piste di innovazione e riforma. Il tema ha bisogno di un approccio di sistema che vada al di là delle "buone prassi".

L'Italia è il Paese delle buone prassi. Conosciamo eccellenti esperienze locali che possono proporsi a modello nello stesso contesto europeo. Ma queste eccellenze mettono ancora più in luce la fragilità del sistema.

Le dimensioni dei fenomeni in atto chiamano in causa l'eguaglianza non solo come principio ma come contenuto concreto dello statuto di cittadinanza e quindi come livello minimo di servizio da assicurare su tutto il territorio nazionale.

Se guardiamo al Paese nel suo complesso, emerge come la connessione dei fenomeni sociali e di quelli sanitari abbia un carattere strutturale. I problemi di salute si traducono in deprivazione economica e sociale e, d'altra parte, la deprivazione economica e sociale ha chiari effetti sulla salute. Sappiamo, anche da prima della pandemia, che un maschio laureato ha una speranza di vita di cinque anni superiore a quella di un suo concittadino con la licenza elementare. Ma speranza di vita e salute dipendono anche dal luogo di residenza. Emerge una mappa delle diseguaglianze: la speranza di vita media in Italia è di 83 anni; la speranza di vita in buona salute è di 58 anni e mezzo. Ma al Nord un cittadino ha un anno in più di speranza di vita rispetto a un cittadino del Sud. Una differenza che raggiunge i tre anni quando si parla di vita in buona salute. Se prendiamo gli estremi, un cittadino italiano residente in Trentino-Alto Adige ha una speranza di vita di 84 anni che sono due anni di più della speranza di vita di un cittadino italiano che risiede in Sicilia. Per quanto riguarda la speranza di vita in buona salute la differenza supera i dieci anni.

Ma se è evidente il legame tra condizioni socio-economiche e salute, perché è così difficile mettere a punto politiche della salute e dispiegare servizi che assumano questa relazione tra la dimensione sociale e quella sanitaria?

I numeri ci danno un quadro della complessità di questa integrazione. La spesa pro capite sanitaria in Italia è di 1.900 euro. In Campania tale spesa è 1.765, in Liguria è 2.085 euro; una differenza significativa, ma non

è così forte come nei servizi sociali. La spesa comunale pro capite nel sociale in Italia è di 124 euro che però diventano in Emilia 173, in Calabria 22. Quindi abbiamo un sistema sanitario che garantisce una distribuzione della spesa equilibrata rispetto alle sperequazioni relevantissime di quello sociale.

La pandemia ha messo in evidenza come questi collegamenti siano fondamentali e importanti e come il territorio rappresenti una variante decisiva. Ci sono state anche novità legislative positive: c'è una apertura sulla perequazione verticale (fondi statali trasferiti ai Comuni) proprio sui servizi sociali.

Ma è necessario un intervento di sistema che dia una risposta a queste forme di disuguaglianza: c'è molto da lavorare.

Riguardo al *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza* - PNRR certamente devono essere salutati con favore l'orientamento verso la medicina di prossimità e anche i finanziamenti legati al rafforzamento del ruolo dei servizi sociali. La Misura 6 componente 1 è finanziata dal PNRR con sette miliardi e si basa su tre pilastri legati al principio di prossimità: le case di comunità, la domiciliarità e gli ospedali di comunità. Dall'altra parte vediamo che la Misura 5 della componente 2, quella parte che riguarda il rafforzamento dei servizi sociali è finanziata molto meno. Meno di 1 miliardo e mezzo su sostegno alle persone vulnerabili, sulla tele-assistenza e l'autonomia delle persone disabili e sull'*housing* temporaneo.

Il punto è che mentre noi abbiamo bisogno di integrazione, il PNRR pone questi obiettivi su due missioni separate che saranno gestite e monitorate separatamente. Lo sforzo per cercare di metterle insieme diventa uno sforzo che riguarda le amministrazioni attuatrici degli interventi. Anche nell'uso di questi fondi dovremmo cercare di avvicinarci a una risposta sistemica. L'occasione di confronto odierna mostra convergenze forti. Speriamo di capitalizzare queste idee e questo impianto e di valorizzare il consenso che stiamo raccogliendo.

Gianmario Gazzì

Presidente del Consiglio Nazionale degli Assistenti sociali

Parto da una affermazione che è ricorsa più volte: *ora o mai più, questo è il momento!*

Su questo siamo tutti d'accordo. Purtroppo come è già stato sottolineato, come professionisti, come Ordine, come Consiglio nazionale degli Assistenti sociali, partecipando sia al gruppo di lavoro della Commissione presieduta dall'onorevole Livia Turco, sia al *Patto per la non autosufficienza*, alcuni dubbi iniziamo ad averli. Se l'obiettivo è garantire dei diritti a tutte le persone, perché di questo dobbiamo parlare e non tanto di prestazioni o semplici livelli, ma di diritti, allora dobbiamo iniziare a lavorare sull'integrazione attraverso il riconoscimento della struttura dei servizi sociali.

È stato già fatto riferimento alla necessità di strutturare gli ambiti sociali al pari dei distretti e, vista la differenziazione sul territorio, sicuramente la loro coincidenza sarebbe già un grande risultato e corrisponderebbe a un riconoscimento di una struttura di welfare locale che sia adeguata e non frammentata come è oggi. Questo lo faremo spero presto anche attraverso le riforme che si stanno portando avanti.

Sempre per quanto riguarda il riconoscimento è emerso oggi anche il tema della formazione. Come *Consiglio nazionale* è da almeno quindici anni che chiediamo delle riforme sul piano della formazione e del riconoscimento della specializzazione degli assistenti sociali, ma non solo. Lavorare su campi così diversi come quelli del sociale richiede infatti anche competenze e approfondimenti diversi. Ma non voglio fare un discorso autoreferenziale. Anzi, vorrei sottolineare come uno dei problemi che emergono riguarda proprio l'autoreferenzialità anche nelle riforme che stiamo osservando. Il rischio è quello di continuare per strade parallele che non si incroceranno mai. Se da un lato si sta cercando di costruire questo sistema di welfare in modo strutturato, dall'altro si sta andando avanti con il cosiddetto "DM 71 - Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del SSN", quello che andrà a rimodellare la salute di territorio, che ci preoccupa. Chi ha visto e ha letto i documenti usciti finora, si accorgerà che si parla principalmente di sanità, nemmeno di salute perché si sta dimenticando completamente il pezzo sociale. Si ammette che serve più sociale, ma non si capisce da dove lo si possa prendere. Viene proposto che venga preso dai Comuni, dimenticando però di coinvolgerli direttamente.

L'ottimo articolo 43 della Legge di Bilancio 2022, sicuramente dovrà essere rinforzato economicamente perché altrimenti tutto ciò che esso dichiara al suo interno rimane solo chiacchiere. Il sistema sanitario deve sicuramente sedersi a un tavolo con le Regioni ma soprattutto con i Comuni e con gli ambiti territoriali da dove sono strutturati i servizi perché il rischio è quello di andare a cercare di potenziare un welfare comunale o territoriale che verrà pian piano assorbito nelle risorse aggiuntive da parte del comparto sanitario. Questo non va bene. Si deve ribadire quanto sia fondamentale avere un pezzo di sociale interno al sistema salute che affianchi il sistema del welfare locale. Noi lo continuiamo a dire, lo ribadiremo ancora perché altrimenti ci troveremo sempre con organizzazioni con logiche differenti, con linguaggi differenti, con modelli differenti, con decisori differenti, che vanno a lavorare sugli stessi bisogni del territorio in modo scoordinato.

C'è stato un aumento dei fondi verso il welfare locale anche importante. Benissimo, questo è vero, è inconfutabile, è stato superato il vincolo della spesa storica, però non sono stati superati altri vincoli che stanno bloccando di fatto anche la spesa per questi servizi. Ne cito uno per tutti: il famoso vincolo delle assunzioni. Si è detto di investire qualche centinaio di milioni sui servizi sociali dei Comuni, ma poi non è stata data la possibilità a quei Comuni di strutturare organizzazioni stabili di servizio sociale sul territorio. Su questo stiamo facendo una battaglia, anche con ANCI, rispetto all'utilizzo migliore e più facile delle risorse.

Accolgo con favore l'idea di ANCI e di Federsanità di un tavolo e di un osservatorio per questo monitoraggio. Se non lavoriamo anche per vedere l'impatto delle riforme e l'impatto degli interventi che stiamo mettendo sul tavolo rischiamo solo di investire soldi, ma di ritrovarci alla fine degli anni del *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza* - PNRR senza aver attuato quelle riforme che renderanno sostenibile negli anni questo sistema. L'auspicio è quello di un aumento delle risorse, la priorità per garantire quei livelli essenziali che oggi dichiariamo di voler costruire, ma, assieme a questo, anche di delle norme sulla *governance* che riconoscano gli ambiti sociali territoriali e il ruolo dei Comuni all'interno delle *policies* di integrazione socio-sanitaria.

Altrimenti il rischio è quello di aver investito tantissimi milioni di euro ma ritrovarci esattamente al punto di partenza.

Cristiano Gori

Coordinatore del Patto per un nuovo Welfare sulla non autosufficienza

Ho apprezzato molto il documento di *Penisola sociale* perché è un lavoro dai contenuti acuti e puntali, che parte dai principi, ma sa arrivare alle declinazioni operative e perché è il lavoro giusto al momento giusto.

Io sono qui come coordinatore del *Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza* che raggruppa la maggioranza delle realtà sociali interessate dalla non autosufficienza in Italia, la maggioranza delle organizzazioni di anziani, familiari, pensionati, professioni del welfare e gestori. Il Patto raggruppa tutto quell'insieme di realtà che hanno iniziato a muoversi visto che nel precedente governo non c'era molto sulla non autosufficienza e con le quali abbiamo fatto alcune richieste al nuovo governo che sono state accolte. In particolare abbiamo fatto molta pressione perché venisse accolta la nostra proposta di introdurre una riforma della assistenza agli anziani nel *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza* - PNRR. Adesso ci stiamo impegnando perché questa opportunità venga valorizzata.

La lettura del documento di *Penisola sociale* mi ha suggerito quattro parole chiave: metodo, riforma, assenze e rischi, e su ognuna provo a dire qualcosa.

Sul metodo: il documento fa piazza pulita delle due frustrazioni che tutti noi storicamente abbiamo sempre avuto sulla materia dell'integrazione. Prima frustrazione è che l'integrazione si realizza solo in alcune buone pratiche, in alcuni casi locali con dinamiche particolari e poi non si riesce a realizzarla su larga scala. Viene detto che non è più tempo dell'eccellenza locale e delle buone pratiche, ma è tempo di interventi di sistema che sviluppino l'integrazione per tutti e per tutto il sistema. Seconda frustrazione è che a parlare di principi siamo tutti d'accordo sull'integrazione, poi però nella pratica non si riesce. Viene detto non è più tempo dei principi, è tempo di strumenti operativi. Apprezzo molto che come metodo di lavoro sia messo l'accento su questi due punti, l'approccio di sistema e gli strumenti operativi. Se dovessi individuare una cosa che mi rimane del lavoro fatto è che appunto è stata costruita una strategia di sistema applicata. Quindi si può fare. Il metodo di sistema e gli strumenti operativi sono il primo punto.

La seconda parola chiave è riforma. Viene detto che ci si è soffermati molto in passato sempre sui temi dei servizi integrati, tutte questioni legate al livello professionale organizzativo. Però viene anche detto che senza

adeguate politiche, senza adeguati atti di programmazione, di regolazione, da parte degli enti ecc. gli attori locali non possono farcela. Ci vogliono politiche. E questo mi sembra un punto chiave. Le proposte indicate puntano molto sulle politiche per un nuovo sistema di integrazione socio-sanitarie. Da una parte questo tipo di indicazioni non possono essere assenti nelle future riforme della non autosufficienza, della disabilità ecc., dall'altra parte viene puntato il dito su una questione chiave, che questo è il momento per nuove politiche per l'integrazione. Quindi nuove politiche per riformare il settore socio sanitario. Questo è il messaggio. Vengono fatte molte proposte sulle politiche nazionali, non rimane chiarissimo che spazio ci sia per l'autonomia regionale. Credo anche io debbano esserci politiche nazionali, ma poi c'è tutta la questione del trovare un equilibrio tra indicazioni nazionali e autonomia regionale.

Sempre nell'ambito del tema delle riforme, vorrei approfondire la lettura della proposta di *Penisola sociale* rispetto al tema della riforma dell'assistenza agli anziani. Una riforma nazionale all'assistenza agli anziani la hanno fatta in tutti i paesi comparabili con l'Italia. Noi arriviamo come ultimi. E cosa caratterizza tutte le altre riforme? Innanzitutto due aspetti: che l'assistenza agli anziani diventa un settore autonomo, quindi siamo già oltre l'integrazione socio-sanitaria, si tratta un'altra formula, un socio sanitario autonomo e integrato. Le due cose che in Europa ti chiedono: si vuole fare una riforma che definisca un settore autonomo? Si vuole fare una riforma che definisca un settore integrato? Se noi guardiamo all'attuale filiera dell'assistenza agli anziani, pensiamo alle tre linee reti sociali dei comuni, servizi socio sanitari delle Aziende sanitarie regionali, indennità di accompagnamento, ci accorgiamo che costruire un unico settore istituzionale è troppo complicato e irrealistico. La sfida è, stando dentro le differenti afferenze istituzionali, in quale misura si riesca ad arrivare a costruire un settore il più possibile autonomo e integrato. E l'essenza sta qua. Come si fa in un Paese dove già il sistema è molto strutturato in modo non integrato a riavvicinarsi il più possibile a costruire un sistema che abbia una sua logica di insieme autonomo che sia integrato? Nel documento vengono date tutta una serie di indicazioni in cui si dice che questa cosa è possibile. Si può costruire un settore autonomo integrato anche mantenendo le differenti afferenze istituzionali.

E vengo al terzo punto. Le assenze. Sono d'accordo su tutto quello che è stato scritto. Ci sono un paio di temi che mi sarebbe piaciuto trovare all'interno del testo. Il primo è quali interventi integrare. Credo in questa fase non sia possibile ragionare solo su servizi sociali e servizi socio-sanitari, ma anche sulle prestazioni monetarie. Sia disabilità, sia gli anziani, hanno

grandi prestazioni monetarie. Io credo in una prospettiva di riforma di sistema l'integrazione non possa essere solo tra servizi, ma debba essere anche tra servizi e prestazioni monetarie.

Un altro aspetto interessante riguarda le dimensioni da considerare. Voi partite dal sistema, dalle politiche, per arrivare ai processi e alle risposte. Manca una cosa. Manca la logica degli interventi, manca agire sulla natura delle risposte. Se anche si riuscisse a costruire il vostro sistema, ovvero la migliore integrazione possibile delle risposte, se poi i singoli interventi che vengono erogati non hanno quella logica di sguardo multidimensionale, di visione complessiva della persona che richiede l'integrazione, allora manca qualcosa. Faccio un esempio con riferimento all'assistenza agli anziani. Oggi se voi guardate le due linee di domiciliarità degli anziani hanno delle logiche di intervento alle quali manca la capacità di considerare l'insieme della dimensione della condizione degli anziani. L'ADI (assistenza domiciliare integrata) è tendenzialmente un settore di prestazioni sanitarie, quindi segue una logica clinico sanitaria di prestazione per rispondere a uno specifico bisogno. È prevalentemente un servizio di disagio dove tu ricevi la prestazione non solo perché sei non autosufficiente, ma perché non hai risorse economiche, oppure non hai rete familiare. Ma anche qui non c'è una logica di sguardo multidimensionale.

Quindi se anche noi riusciremo a fare un piano nazionale di domiciliarità integrata bisogna anche ripensare la logica degli interventi. Per me integrazione vuol dire anche un'altra cosa, vuol dire pensare interventi che siano in grado di avere un approccio multidimensionale alle condizioni della persona. Questo oggi molto spesso non accade. Se non lavoriamo su questo tassello anche l'efficacia degli altri tasselli rischia di essere ridotta.

Quarta parola chiave: i rischi. Nel documento ne sono evidenziati benissimo due: primo che non ci sia la spinta all'integrazione delle riforme, secondo che ci sia contraddizione tra le diverse riforme, sanità territoriale, anziani ecc. aggiungo che dobbiamo stare attenti perché questi rischi sono molto presenti. Chiunque qui sa benissimo quale è la questione che cerchiamo di essere tutti d'accordo ai convegni e sulle politiche e poi il disegno delle politiche pubblica va da un'altra parte.

Viene suggerito che per fronteggiare questi rischi devono essere fatte alleanze. Io sono molto d'accordo e il *Patto per la non autosufficienza* in sé è una alleanza. Stiamo collaborando con la Commissione presieduta dall'onorevole Livia Turco, stiamo collaborando con l'ANCI e puntiamo di aprire una linea di collaborazione anche con le regioni. Quindi è importante lavorare sulle alleanze.

Oggi siamo tutti d'accordo che ci voglia più integrazione. Tutto è trovare i dispositivi e concreti per tradurla in pratica. Quindi lavoriamo sulle alleanze ma per fare due cose: uno per definire migliori dispositivi operativi che permettano di tradurre i principi che tutti condividiamo in pratica; due per fare in modo che queste nostre riflessioni siano accolte dai decisori.

Alessandra Locatelli

Assessore Regione Lombardia, Conferenza delle Regioni

Prima di dare il mio contributo, vorrei ringraziare per aver organizzato questo momento di confronto: è la prima volta che partecipo alle attività di *Penisola sociale*, ma devo dire che gli interventi e le relazioni sono stati molto interessanti e molto precisi nel descrivere quella che è l'attuale situazione. Vi porto anche i saluti del presidente della *Conferenza delle Regioni* Massimiliano Fedriga e della *Commissione Politiche sociali* di cui faccio parte, per le Regioni.

Alcuni dei temi toccati che riguardano proprio l'integrazione tra sanitario, socio-sanitario e sociale sono fondamentali per il futuro. Sono quel salto di qualità che abbiamo bisogno di fare dopo mesi così difficili nei quali le persone, in particolare le più fragili, hanno fatto enormi sacrifici. Oltre che dalle persone, i sacrifici sono stati fatti dagli enti locali, da coloro che fanno parte del comparto sanitario e anche dalle associazioni e da quegli Enti del Terzo settore che svolgono un ruolo fondamentale per il nostro territorio. Insieme alla centralità della persona che ben si è descritta attraverso strumenti quali quello del *Progetto di vita*, del *Budget di cura* e del *Fondo unico*, dobbiamo immaginare di potenziare il rapporto tra istituzioni, pubbliche amministrazioni ed Enti del Terzo settore del nostro territorio. Attraverso questo noi possiamo potenziare le nostre azioni e possiamo arrivare veramente in modo mirato a comprendere meglio quelli che sono i bisogni dei nostri cittadini.

L'emergenza sanitaria ha comportato sicuramente una forte crescita delle disparità sia per quanto riguarda i servizi, sia per quanto riguarda i problemi che vivono le persone, ma avrà degli strascichi importanti anche dal punto di vista delle nuove povertà. Non possiamo immaginare di prescindere da questo quando trattiamo di temi che riguardano le politiche sociali, perché è facile immaginare che nel futuro la crisi sanitaria possa trasformarsi in una profonda crisi sociale che toccherà, ancora una volta, le categorie più fragili.

Credo molto in questo tema della centralità della persona. Attraverso quelle che saranno le risorse messe a disposizione dal *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza* - PNRR per quanto riguarda la Missione 5, la Missione 6, come Regioni non possiamo fare a meno di svolgere una attenta regia delle risorse in arrivo. Sappiamo che le risorse andranno direttamente ai Comuni, ma sappiamo anche che è necessario avere uno sguardo attento sui progetti di vita e su tutte quelle misure che riguardano l'inclusione, il benessere, la

presa in carico e la cura della persona. E proprio in questi ambiti, ci sono azioni, già approfonditamente elencate nel corso dei precedenti interventi, che, come Regioni, dobbiamo mettere in atto. È richiesto dalle varie missioni del PNRR ed è importante riuscire a intercettare le risorse, ma naturalmente è necessario farlo anche per effettuare quel salto di qualità di cui hanno bisogno le persone, i nuclei in difficoltà, le fasce più fragili.

Sembra quasi che ci siano due velocità: una in cui si avanza con le normative, con l'orizzonte e il punto di vista, l'altra, sul territorio, in cui si rimane più fermi. È il caso della Legge n. 328 del 2000, ma anche per esempio della *Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità* che è stata ratificata dall'Italia nel 2009, ma che ancora non è pienamente attuata. Quindi abbiamo bisogno di fare un grande salto di qualità e io mi auguro che il presente possa essere il momento ideale, l'occasione giusta. Abbiamo in discussione la legge quadro sulla disabilità e quello sarà un altro strumento importante per riorganizzare molte delle norme che ci sono nel nostro sistema e che hanno bisogno di ricomporsi proprio per offrire un servizio diverso.

Il ricomporre è quello che deve essere applicato anche quando ci si riferisce al *progetto di vita*, al *budget di cura*. Dobbiamo tendere a quello che può essere un *Fondo unico* al quale possono accedere le persone più fragili, che non stanno perennemente male, ma che hanno bisogno di relazioni, di contatti e di tutte quelle cose che naturalmente rientrano in un progetto di vita che tenga conto della salute, della scuola, del tempo libero e delle varie preferenze individuali.

Il grande sforzo per le Regioni sarà sicuramente di ordine organizzativo nel confrontarsi e nel coordinarsi con gli ambiti distrettuali per mettere a punto alcune strategie, ma anche nel guardare a un futuro indirizzato sui punti cruciali nominati prima. Senza pensare a un progetto che tenga conto di tutti i bisogni della persona continueremo sulla strada che da tempo si sta intraprendendo ma che non è più quella corretta.

È un grosso sforzo organizzativo che bisogna fare per metterci alla pari con quanto ci viene chiesto a livello europeo e che vogliamo e intendiamo fare al livello nazionale. Sul tema della non autosufficienza concordo che ci sia bisogno di dare priorità anche a quelli che sono i temi sociali, socioassistenziali e che questi debbano avere la stessa dignità e lo stesso diritto di essere trattati allo stesso livello dei temi sanitari.

Sul tema della non autosufficienza abbiamo in corso di valutazione, in *Conferenza Stato Regioni*, lo schema del decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze relativo, per esempio, ai fondi per l'Alzheimer e le demenze. Si tratta di criteri e modalità

del riparto delle risorse pari a circa quindici milioni di euro.

Sembra anche questo un punto importante perché anche qui cerchiamo di mettere a fuoco alcuni temi, come richiesto tra l'altro dal PNRR, e di concretizzarli perché possano essere poi attuate le misure più opportune sui nostri diversi territori. Ovviamente non possiamo non tener conto del fatto che quando parliamo di persone fragili, di disabilità di diverso tipo, che sia motoria, sensoriale, intellettiva, relazionale, malattie degenerative, cronico degenerative, malattie rare, c'è qualcuno che soffre ancora di più e sono i più piccoli, i minori che sono ancora più a rischio, ancora più da proteggere, per i quali è fondamentale studiare interventi mirati. In un periodo così drammatico possono essere ancora più penalizzati per via dei percorsi educativi, dell'accesso dalle cure, alla salute e dobbiamo canalizzare le nostre risorse, i fondi e gli sforzi e tutto quello che appunto è coordinamento a partire dal livello nazionale, regionale e naturalmente locale, per fare in modo che questo non succeda che non siano ancora più penalizzati.

Naturalmente quando parliamo di penalizzazioni non possiamo non parlare anche di disparità di accesso ai percorsi formativi e lavorativi. Anche in questo caso, il ruolo delle Regioni, in collaborazione con gli Enti del Terzo settore, è fondamentale per cercare di raggiungere il più possibile tutti i cittadini. E da questo punto di vista mi fa piacere anche che ci sia oggi al tavolo un rappresentante del *Forum del Terzo settore*. Io sono convinta che anche questa sia una strada importante da intraprendere in futuro per migliorare quelle che sono le nostre azioni politiche a tutti i livelli.

E naturalmente sono d'accordo anche con il fatto che dobbiamo anche iniziare a pensare in che modo attuare i LEP e ovviamente migliorare e attualizzare anche i nuovi LEA. Da questo punto di vista ci sarebbe anche da fare una piccola riflessione sul nomenclatore, perché quando parliamo di integrazione sociale parliamo di potersi muovere in modo libero, accessibile ovunque dal punto di vista dell'informazione, della comunicazione, della mobilità sul nostro territorio e noi, invece, abbiamo ancora strumenti e ausili che risalgono a molti anni fa. Quindi abbiamo bisogno, anche in questo caso, di sottolineare quanto sia importante allineare alcuni provvedimenti che riguardano in special modo la sanità con quelle che sono i bisogni sociali di una persona.

Non mi dilungo, ma in questo caso penso ovviamente alla parte della mobilità delle persone con amputazioni e che hanno ancora a disposizione delle protesi che non sono assolutamente adatte a quello che è un contesto sociale di una persona giovane che ha tutto il diritto di vivere una vita attiva e partecipe.

Roberto Speziale

Membro del Comitato Esecutivo del Forum Terzo settore

Grazie per la possibilità offerta al *Forum* e a me personalmente di poter contribuire, in un luogo plurale, partecipato e inclusivo, ad approfondire e definire alcuni importantissimi aspetti che oggi sono stati oggetto di confronto.

Inizierò il mio intervento prendendo in prestito un tratto contenuto nella sentenza 131 della Corte costituzionale dove si è sancito un importante aspetto della co-programmazione e della co-progettazione. Così recita questa sentenza: “gli Enti del Terzo settore sono rappresentativi della società solidale e costituiscono sul territorio una rete capillare di vicinanza e solidarietà, sensibile in tempo reale alle esigenze che provengono dal tessuto sociale e in grado di mettere a disposizione dell’Ente pubblico sia preziosi dati informativi, altrimenti conseguibili in tempi più lunghi e con costi organizzativi a proprio carico, sia una importante capacità organizzativa di intervento. Ciò produce spesso effetti positivi in termini di risparmio di risorse e in termini di aumento della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate nella società nel bisogno”. Lo scrive la Corte costituzionale cogliendo il motivo per cui è importante oggi far maturare quel concetto di amministrazione condivisa che vede un nuovo Terzo settore in un ruolo diverso, di protagonista alla pari del pubblico, nel principio di sussidiarietà orizzontale.

Perché è importante partire da questo assunto? Nel corso della *Seconda Conferenza di Penisola sociale*, nei vari interventi, tutti condivisi e condivisibili e tutti convergenti, abbiamo ben inteso quale sia la necessità che il nostro Paese finalmente evolva, finalmente avvii un processo di adeguatezza di innovazione e di sviluppo per rispondere ai bisogni dei nostri concittadini. Di quali concittadini? Dei concittadini che vivono condizione di disagio, di emarginazione, di mancato riconoscimento dei loro diritti fondamentali. Cittadini che oggi ancor più di prima vivono condizione di difficoltà anche come conseguenza della terribile esperienza pandemica.

Quanti sono questi nostri concittadini? Dove vivono? Come vivono? Quali sono i loro bisogni effettivi? Il paradosso è che nessuno lo sa. Non esiste oggi nel nostro sistema un modo organizzato, scientifico, che ci consenta di disporre di queste informazioni. E come fare le politiche? Come rispondere ai bisogni delle persone in assenza di elementi oggettivi su cui programmare gli interventi e allocare le risorse? C’è un popolo grande che è

il Terzo settore italiano che in ogni caso presidia il territorio, vive il territorio e risponde, a prescindere, a questo bisogno emergente laddove nasce, nel modo in cui si manifesta e nei luoghi in cui si manifesta.

I dati ci dicono che solo nell'area dei servizi sociosanitari sono ingaggiate oltre 1.500.000 persone, di cui circa 900.000 operatori professionali operanti nei vari Enti del Terzo settore e gli altri 600.000 circa volontari. Fra l'altro si sta registrando una contrazione del volontariato a favore della prestazione professionale. Sono circa 320.000 gli Enti del Terzo settore che garantiscono questa enorme e capillare rete di risposta ai bisogni.

Eppure noi ancora non riusciamo a rispondere in modo compiuto e garantire qualità di vita e diritti ai nostri concittadini. Perché manca una infrastruttura. Sottoscrivo pienamente tutto ciò che è stato detto relativamente alla necessità di superare l'attuale modello frammentato fra sanità e sociale diversificato. Esiste anche un altro elemento ancora una volta legato alla diversificazione del territorio. In alcune realtà vediamo modelli più avanzati e buone prassi più attive, in altre parti del Paese, come quelle meno evolute e più svantaggiate, invece il disagio diviene ancora più forte.

La questione è tutta politica. Non sono lontani gli anni in cui i Fondi Nazionali e le politiche sociali per la non autosufficienza sono state azzerate nell'idea che lo Stato dovesse disimpegnarsi dalla necessaria risposta da dare ai propri concittadini su questi temi. Ma anche oggi, seppur con grande fatica in questi anni i fondi sono stati ricostituiti e siamo intorno ai 600-700 milioni di euro fra l'uno e l'altro fondo, il *Fondo per la non autosufficienza* e il *Fondo per le politiche sociale* sappiamo che sono del tutto insufficienti. Guardiamo solo alla non autosufficienza: il *Fondo* nazionale, che dovrebbe determinare il livello essenziale dell'omogeneità sull'intero territorio nazionale, risponde solo in una minima parte a quello che poi è il grande carico dei comuni, che intervengono con circa 5 miliardi e 400 milioni per garantire i servizi. Le risorse che vediamo oggi allocate sulla non autosufficienza continuano a non essere sufficienti.

Le scelte di welfare del nostro Paese, cioè di garantire benessere a tutti i nostri concittadini, devono anche corrispondere al modello di Paese che noi vogliamo sviluppare. Vogliamo un modello di Paese che continua ancora a produrre disuguaglianze che si accentuano sempre più? Vogliamo aree di disagio che non trovano risposta? Vogliamo cittadini che vengono lasciati indietro? Tutti i soggetti che oggi sono intervenuti a vario titolo convergono nel dire che non vogliamo questo modello di Paese, che non vogliamo questo modello di sviluppo e che vogliamo vivere in un Paese dove nessuno viene lasciato indietro, dove le persone non vengono solo assistite, ma affrancate dalla loro condizione di disagio. Perché questa resta l'altra grande

scelta. Non si tratta solo rispondere al bisogno, ma aiutare le persone ad affrancarsi dal bisogno.

Se questo è il modello, ci vogliono politiche consequenziali. E le politiche consequenziali non possono che andare nella direzione che è stata rappresentata nel corso della *Conferenza*. Il Terzo settore c'è, il Terzo settore c'è stato nella pandemia quando se fosse arretrato le conseguenze sarebbero state molto peggiori.

Anche il Terzo settore ne esce in questo momento con grandi difficoltà e quindi ha bisogno di essere sostenuto esso stesso. Affinché ci sia un Terzo settore presidio del territorio, ci vogliono le reti e gli Enti del Terzo settore. E oggi le reti e gli Enti necessitano di essere adeguatamente attenzionati per poter continuare a svolgere un importante lavoro.

Siamo pronti ad accogliere la nuova sfida che è data dall'imparare una nuova modalità di rapporto con la Pubblica Amministrazione. Una modalità che ci vede corresponsabili e ancora prima che con la co-progettazione dobbiamo imparare a collaborare nella programmazione. Non ci sarà mai un intervento mirato se prima non abbiamo una capacità di lettura oggettiva dei bisogni dei cittadini. Noi dobbiamo affermare il modello centrato sulla persona, sul progetto individuale di vita delle persone, in modo da rispondere in modo puntuale ma allo stesso tempo olistico a ogni loro necessità. Facendolo attraverso una presa in carico globale, continuativa e complessiva della persona, saldamente in mano pubblica, che sia in grado di garantire a ognuno la migliore qualità di vita possibile alla situazione data e facendolo, prima ancora che intervenendo sulle persone, intervenendo sulle comunità di appartenenza.

Per fare questo bisogna far sì che tutti gli attori che a vario titolo interagiscono con le persone nelle comunità abbiano chiaro e convergano in un unico obiettivo. Non è vero che non ce la possiamo fare e non è vero che siamo all'anno zero, molte cose positive esistono, le idee sono chiare, si tratta soltanto di mettere in campo quella necessaria volontà politica e quel necessario disegno affinché tutto questo si realizzi. E se non lo si fa è perché si guarda da un'altra parte e non si ha chiaro né il modello di sviluppo, né il modello di società che vogliamo costruire. Non è il caso, non è il destino, non sono gli eventi avversi che ci impediscono di fare queste politiche. Il Terzo settore c'è, è pronto a cogliere questa sfida.

Livia Turco

Presidente Commissione Interventi sociali e politiche per la non autosufficienza

Ho apprezzato moltissimo le proposte concrete che sono state illustrate, le riflessioni fatte e l'idea guida con cui ha concluso il suo intervento il sindaco Luca Vecchi. Proprio perché partiamo dalle persone nella loro complessità e proprio perché dobbiamo costruire la comunità, abbiamo bisogno che persone e comunità siano comprese dentro una idea di una società più umana, altrimenti si perde il senso dei tanti interventi che vorremmo mettere in atto.

Ho letto il documento che era stato preparato e mi sono chiesta come mai quelle leggi che abbiamo costruito con tanta partecipazione e che quindi non sono state costruite a tavolino, poi non abbiano trovato applicazione. Sicuramente quello che è stato detto e scritto nel documento riguardo la disparità istituzionale tra settore sanitario e settore sociale, di cui ci è stato illustrato anche l'aspetto giuridico e la definizione di salute previste nella nostra Costituzione, ha una sua parte.

Nel corso del tempo mi sono data delle risposte. Le ragioni per le quali quelle norme hanno fatto fatica a realizzarsi, soprattutto per quanto riguarda l'integrazione socio-sanitaria, sono di tre tipi. Una è una questione culturale. In questo contesto è scontato dire che la salute corrisponda a una visione olistica secondo un approccio bio-psico-sociale. Tra di noi è facile dirlo, però nella pratica non è così. Nella pratica persiste l'idea della salute come cura del corpo malato e dunque una logica prestazionista. Perdura questa cultura. Così come perdura la cultura che identifica il sociale con l'assistenza, con i *bonus* e i trasferimenti monetari. Noi diciamo che il sociale è il tirare fuori le capacità delle persone, promuovere le capacità delle persone, ma nei fatti, nella cultura, il sociale è l'assistenza tradotta poi in trasferimenti monetari. E da ciò deriva anche la difficoltà a capire il concetto di *Livelli essenziali*. Quindi sarà bene, quando parliamo di integrazione socio-sanitaria, mettere in risalto il fatto che, così come parliamo di diritto alla salute, parliamo anche di diritti sociali.

Guardando nei fatti, al di là di quelli che si dice nei convegni, nelle riunioni e nei documenti, la seconda difficoltà nella costruzione dell'integrazione socio-sanitaria è che si tratta di un lavoro multidisciplinare. Il lavoro di equipe tra diverse professioni non è così facile da realizzare perché presuppone che ci sia il superamento di una visione gerarchica delle professioni e che ci sia un pieno riconoscimento e una piena cooperazione.

Credo che continui a esserci un approccio gerarchico delle professioni, di quelle che sono di “serie A” e quelle che sono di “serie B”, e ovviamente, quelle che sono di “serie B” sono le professioni sociali.

La terza ragione, che mi sta molto a cuore, che abbiamo cercato di affrontare nel gruppo di lavoro e che avete visto scritta nell’articolo 1 commi da 159 a 171 della Legge n. 234 del 30 dicembre 2021, è la disparità di strutturazione tra il settore sanitario e il settore sociale. Il settore sanitario ha i suoi distretti, ha le Aziende sanitarie locali-ASL, mentre il settore sociale ha i distretti del Comune e ha gli ambiti sociali territoriali che nella Legge n. 328 del 2000 erano stati indicati e che l’esperienza ha dimostrato essere cruciali. Per questo credo che non si realizzerà una vera integrazione socio-sanitaria fino a quando non si discuterà sulla strutturazione del sociale per fare in modo che, come esiste il distretto sanitario, esista il distretto sociale, e che come esiste la ASL sanitaria esista la *ASL sociale*. Intendo l’ambito sociale territoriale proprio corrispondente del distretto sanitario, anche in termini di confini, in termini di strumenti di lavoro e di programmazione e di personale che li gestisca. Quindi è molto importante investire su questi ambiti sociali territoriali.

Non è un caso che nell’articolo 1 commi 159-171 della Legge n. 234 del 2021, che nella sua ambizione ha voluto anticipare e in qualche modo piantare dei chiodi della prossima legge di *Riforma sulla non autosufficienza*, venga indicata tale elemento. Trovo molto grave la carenza di risorse e mi auguro che ci sarà un aumento di quelle risorse. Trovo che ci sia uno scarto tra quello che è stato scritto e la definizione dei LEPS della non auto-sufficienza all’interno del quale il tema degli ambiti sociali territoriale è molto valorizzato, e le risorse che poi sono state stanziare. Ciò non è accettabile nel momento in cui si dice che la Legge per la non autosufficienza è una priorità. Con l’articolo 1 commi 159-171 della Legge n. 234 del 2021 abbiamo cercato di inserire nella Legge di bilancio i livelli essenziali e quindi di anticipare proprio quella legge. L’articolo 1 commi 159-171 della Legge n. 234 del 2021 è questo, sono LEPS della non autosufficienza che affrontano in modo particolare il nodo cruciale della domiciliarità e il tema dell’integrazione diventa concreto in una visione in cui la domiciliarità sociale e la domiciliarità sanitaria si incontrano e diventano finalmente una domiciliarità olistica che prende in carico le persone. Se poi però rimane il dislivello di risorse tra domiciliarità sociale e domiciliarità sanitaria questo costituisce un ostacolo all’avvio della riforma che invece avremmo voluto e vogliamo. Io spero che qualcosa cambi, che l’articolo 1 commi 159-171 della Legge n. 234 del 2021 costituisca appunto l’avvio della *Legge quadro sulla non autosufficienza* di cui gli ambiti territoriali sono parte importante.

Penso che, a proposito di integrazione socio-sanitaria, e quindi dei passi in avanti che si possono fare, in quell'articolo 1 commi 159-171 della Legge n. 234 del 2021 è possibile trovare delle cose che possono essere apprezzate: per quanto riguarda i LEPS, il *Punto unico di accesso* presso la *Casa di comunità* nella quale si costituiscono equipe multidisciplinari che fanno la valutazione multidimensionale e che quindi valuta la dimensione sociale e la dimensione sanitaria del problema; l'esito di questo processo condiviso con il *Progetto assistenziale individualizzato* che è il PAI, che implica responsabilità condivisa. Che non è l'annessione del sociale al sanitario, ma comprende un potenziamento delle prestazioni e un potenziamento dei servizi, così come il potenziamento dell'ambito territoriale sociale. Credo che questi siano dei passi in avanti proprio nell'ottica dell'integrazione che però debbano superare questo grave limite nel finanziamento.

Il Ministro parlerà del lavoro svolto dalla Commissione, noi abbiamo consegnato al Ministro un testo di Legge sulla non autosufficienza in cui abbiamo cercato di cimentarci sul nodo dell'integrazione a partire da questo approccio bio-psico-sociale, riconoscendo pienamente il patrimonio condiviso di elaborazioni tra operatori, amministratori e studiosi. Quindi si deve partire da questo approccio bio-psico-sociale e dalle necessità di vita delle persone, così come ci ha insegnato la pandemia.

La pandemia ci ha fatto vedere che ci sono state due stagioni della vita che sono state penalizzate: i bambini e gli anziani. Noi pensiamo che una Legge sulla non autosufficienza debba partire proprio dalla valorizzazione delle stagioni della vita come ciclo di vita, e quindi dalla valorizzazione della stagione anziana attraverso la valorizzazione della storia, dei talenti, delle competenze, per poter scrivere il grande capitolo della prevenzione della non autosufficienza. Poi gli aspetti che possono costituire integrazione, che sono il *Progetto personalizzato* e il *budget di salute del progetto*, che deve essere non soltanto la somma di risorse, ma deve essere proprio il progetto di cura e di presa in carico con la partecipazione attiva delle persone e con la partecipazione attiva anche dei legami familiari e della comunità.

E sulla partecipazione attiva voglio concludere. Perché poi l'integrazione è che le persone abbiano quello che si aspettano, quello di cui hanno bisogno in modo semplice, in un modo accessibile. Io penso che sia fondamentale l'accessibilità delle prestazioni, l'accessibilità dei servizi. Fondamentale è l'approccio proattivo per realizzare questa accessibilità.

Infine credo che per realizzare l'integrazione sia molto importante valorizzare la competenza delle persone, la comunità competente, la partecipazione attiva dei cittadini. Perché questo significa relazioni umane,

significa conoscere i propri diritti, significa incoraggiare, essere soggetto critico rispetto alle prestazioni che ci vengono date, rispetto alle opportunità che ci vengono offerte, rispetto al modo di lavorare degli operatori e del contesto sociale. Quindi credo molto nella competenza dei cittadini e dunque in un'azione che valorizzi la competenza dei cittadini e costruisca non una generica comunità, ma una comunità solidale e competente.

Intervento conclusivo
dal Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali

Andrea Orlando

Carissimi,

sono davvero dispiaciuto di non aver potuto prendere parte ai lavori della *Conferenza nazionale di Penisola sociale* a causa di un sopraggiunto e non derogabile impegno istituzionale. Voglio comunque ringraziare ANCI, e Luca Vecchi in particolare, per l'invito inviandovi questo messaggio che contiene le riflessioni che avrei svolto con voi.

Quella di oggi è una riflessione opportuna e lungimirante.

La pandemia ha fatto emergere in maniera del tutto evidente, il quadro di “luci e ombre” con cui il nostro sistema dei servizi sociali e sanitari ha affrontato questa situazione inedita e di eccezionale difficoltà.

Abbiamo tutti potuto constatare, apprezzando il grande livello di professionalità, la dedizione e le capacità con cui il nostro sistema sanitario ha saputo complessivamente affrontare l'impatto del Covid-19. Così come abbiamo apprezzato la capacità dei comuni, della rete della protezione civile, dell'associazionismo e del volontariato che sono stati in grado di declinare quel principio di sussidiarietà che è davvero prezioso per la nostra comunità. Nei piccoli centri così come nelle aree metropolitane.

E ancora di più in questa circostanza emergenziale abbiamo ulteriormente compreso come qualità sociale e tutela della salute sono due facce della stessa medaglia. Curare le persone e occuparsi della loro salute richiede che esse non siano “invisibili” o trascurate dalle istituzioni.

Anziani, bambini, persone con disabilità, lavoratori e lavoratrici precari, migranti, donne sole, sono stati e sono ancora le persone più esposte ai rischi di impatto di questa pandemia. A queste condizioni personali si aggiungono quelle che possono derivare da uno svantaggio territoriale: aree interne, assenza di servizi sociali strutturati, arretratezza complessiva nella infrastrutturazione sociale per la presa in carico dei bisogni.

Ecco, quindi, come oggi la dimensione sociale sia centrale in ogni scelta che riguardi le trasformazioni e lo sviluppo che il nostro paese deve affrontare per aumentare la coesione sociale e favorire crescita e inclusione

per tutti. Ci sono, certamente, politiche e interventi di settore che sono fondamentali per lo sviluppo delle politiche sociali e di cui dirò più nel dettaglio, ma quello che vorrei affermare e condividere con voi è che: l'attenzione alla condizione reale delle comunità territoriali e delle persone deve essere centrale in ogni scelta sugli investimenti e sugli interventi che il PNRR ci consente di finalizzare.

Come è noto le Missioni 5 e 6 del *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza* – PNRR contengono previsioni importanti concernenti le politiche di inclusione. Quelle sulla domiciliarità delle cure e sullo sviluppo di nuove forme di domiciliarità per le persone anziane ne rappresentano la componente più rilevante.

Con questi interventi si dovranno ampliare nel più breve tempo possibile i servizi e le opportunità per migliorare l'assistenza domiciliare per le persone che ne hanno bisogno e si dovrà procedere nella riqualificazione di tutto il sistema.

Ma per cogliere questi obiettivi si pongono di fronte a noi con grande chiarezza due questioni: 1) la necessità che ci sia un maggiore coinvolgimento dei comuni e del sistema dei servizi sociali nelle decisioni relative al settore sociosanitario; 2) la necessità che i comuni riescano attraverso le proprie articolazioni e, soprattutto, attraverso gli ambiti sociali territoriali, a rafforzare l'infrastruttura di servizio sociale. Questo processo è decisivo perché possa svilupparsi correttamente anche il ruolo del Terzo settore.

Abbiamo condiviso con il Ministro della salute Roberto Speranza la via dell'integrazione per affrontare la sfida del miglioramento della presa in carico delle persone che ne hanno bisogno: a partire da quelle anziane e da quelle non autosufficienti.

Il testo dei LEPS inserito nel disegno di legge di bilancio, su cui avevamo assunto un impegno nel confronto con la Rete per l'inclusione e la protezione in occasione dell'adozione del nuovo Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali, rappresenta un passo avanti deciso e condiviso in questa direzione.

In quello stesso testo sono contenute le prime importanti previsioni di livelli essenziali relativi ai servizi di assistenza domiciliare, di sollievo e di supporto per le persone e le famiglie dei non autosufficienti. Processi che si completano con la previsione dello sviluppo di una ancora maggiore collaborazione tra enti locali e la rete dei Centri per l'impiego al fine di migliorare la trasparenza del mercato del lavoro relativo alle figure degli assistenti familiari (c.d. badanti) che dovranno essere destinatarie anche di interventi di formazione e riqualificazione in collaborazione con le

organizzazioni sindacali.

Sappiamo che le risorse al momento reperite sono ancora inadeguate ma è stato un primo passo importante. E poi so che non farete mancare la vostra voce per rafforzare questo principio.

Proseguiremo, dunque, presentando, a breve, lo schema di disegno di legge delega in materia di anziani non autosufficienti. Si tratta di uno dei due interventi legislativi (anziani e disabilità) previsti nell'ambito del piano di riforme che accompagna il PNRR. Il gruppo di lavoro che ho istituito, e che è guidato da Livia Turco, ha lavorato in questi mesi e stiamo per avviare un confronto su un testo con tutti gli stakeholders istituzionali e sociali.

Abbiamo in mente una legge che parte da una riflessione. La concezione della vita, delle stagioni della vita, che si è affermata per lungo tempo nella nostra società, segnata dal consumismo e dall'individualismo, ha aumentato le situazioni e le percezioni di solitudine.

Il rischio è che solo la stagione centrale della vita, quella produttiva quella del lavoro, venga considerata per rilevanza sociale e culturale. Le altre stagioni rischiano di finire per essere considerate mere e costose appendici, soprattutto per quanto riguarda gli anziani.

Noi dobbiamo capovolgere questa impostazione. La vita delle persone è un ciclo di vita scandito da diverse stagioni, ciascuna con una sua peculiarità, che deve essere vissuta con pienezza e pari dignità.

Voi sindaci conoscete bene, per la vostra prossimità alle persone, che il disagio non è sempre e solo di natura economica ma si manifesta anche mediante carenza di riconoscimento, povertà di relazioni e di opportunità sociali e culturali. E in un tempo in cui la mobilità sociale è ferma il rischio di cristallizzare situazioni di disagio cronico è molto più forte. Ecco perché serve l'intervento della leva pubblica.

Pensiamo a una legge delega, con l'obiettivo dichiarato di ridurre le differenze territoriali e di sviluppare i primi LEPS fissati in legge di bilancio, per affrontare:

- il coordinamento stabile delle politiche sociali e di quelle sanitarie;
- la promozione e lo sviluppo di nuove possibili forme di "domiciliarità sostenibile" degli anziani;
- la riqualificazione del sistema delle "residenze per gli anziani non autosufficienti";
- lo sviluppo di piani d'azione nazionali e locali per la promozione "dell'accesso universale" agli spazi e alle opportunità sul territorio;
- la semplificazione amministrativa e assistenziale;
- lo sviluppo e la disciplina di un sistema di tutele e di servizi per i *caregivers*;

- la formazione e la riqualificazione di tutti gli operatori;
- il riequilibrio graduale e progressivo tra offerta dei servizi e sostegni economici.

Con gli interventi intrapresi a partire dalla legge di bilancio e che porteremo avanti con le altre iniziative legislative e appunto il PNRR intendiamo tornare ad una impostazione delle politiche di *welfare* fondata sulla valorizzazione delle persone e delle comunità territoriali. Un *welfare* che non disperda risorse in una galassia di *bonus* ma sappia seriamente costruire i servizi integrati di cui le persone hanno bisogno per trovare risposte concrete ai loro bisogni di salute e di qualità della vita sociale. Un *welfare* di questo tipo deve poter contare su due pilastri:

1. un sistema sanitario efficiente ed efficace ma anche capace di innovare ed estendere la collaborazione con le istituzioni del territorio;

2. un sistema professionale pubblico e strutturato dei servizi sociali degli enti locali capace di garantire autorevolmente, su tutto il territorio degli ambiti sociali territoriali di competenza, lo svolgimento delle sue funzioni essenziali alla valutazione dei bisogni e delle risposte necessarie alle persone.

Sono queste le due componenti necessarie allo sviluppo, anche in collaborazione con le organizzazioni del Terzo settore, dei servizi ad alta integrazione sociosanitaria necessari alla tutela della salute e al benessere sociale di quelle fasce di popolazione più a rischio come appunto anziani, persone con disabilità, minori e famiglie. Questo dobbiamo garantirlo su tutto il territorio nazionale senza scorciatoie e ulteriori indugi.

Dobbiamo andare avanti, insieme. Con questo piano vogliamo riconnetterci con i grandi processi di integrazione socio sanitaria legate alle riforme dei primi anni di questo millennio come la Legge n. 229 del 1999 e la Legge n. 328 del 2000 guardandoci dal rischio di burocratizzazione e spersonalizzazione delle politiche sociali, aumentando gli interventi che favoriscono la partecipazione dei cittadini e che aiutano a rafforzare la democrazia delle nostre comunità territoriali e la credibilità delle istituzioni che le amministrano.

La leale collaborazione tra istituzioni è determinante per avere politiche sociali più efficaci. Ecco perché la riflessione odierna è sicuramente utile a rafforzare questo principio.

Di questo avrei parlato con voi e sono sicuro che non mancheranno occasioni per proseguire il confronto su questi temi consapevole della loro rilevanza anche in termini di politiche di sviluppo. Nello scusarmi nuovamente invio i miei più cordiali saluti. Buon lavoro.

Postfazione

Massimiliano Fiorucci

Magnifico Rettore dell'Università degli Studi Roma Tre

È un vero piacere per me concludere anche questa seconda pubblicazione di *Penisola sociale* nella nostra collana editoriale. Non si tratta solo di formalità, ma il lavoro che è stato raccolto nel volume nato in occasione della Seconda Conferenza Nazionale, a cui hanno partecipato oltre 400 persone in modalità sincrona da tutta Italia, è per il nostro Dipartimento un momento importante consustanziale con l'attività didattica e di ricerca, che si confrontano sempre con il mondo "esterno" all'università.

Nel 2020 il Dipartimento ha sottoscritto un accordo con le due Fondazioni dell'ANCI, Cittalia e IFEL, che ha già prodotto, nell'ambito del progetto *Penisola sociale*, molti risultati, tra cui io ricordo: un sito ricco e articolato di informazioni e notizie, la Conferenza nazionale del 13 novembre 2020, la pubblicazione degli atti con *Roma Tre Press*, in modalità *open-access*. Continuiamo in questo rapporto di collaborazione molto importante che ci consente di interagire direttamente con la società nelle sue diverse articolazioni e in questo caso con il mondo degli Enti locali a carattere nazionale sull'ambito del sociale, che è il settore di impegno dei nostri studenti e delle nostre studentesse.

In continuità con l'analisi dell'eredità storica della Legge n. 328 del 2000, a cui è stata dedicata la Conferenza dello scorso anno, anche quest'anno abbiamo voluto dare un contributo come momento di formazione, di ricerca e soprattutto di intervento sociale per consentire una occasione di crescita personale e sociale a studentesse e studenti ma anche a tutta la comunità che intercettiamo (assistenti sociali, educatori, formatori, operatori sociali, pedagogisti ecc.).

La pandemia ha messo in luce, soprattutto sulla pelle di alcuni, che da una parte è compito dello Stato assicurare l'attuazione del diritto alla salute ai cittadini, dall'altra che deve essere un impegno civico di tutti e di tutte, attuare la "solidarietà nazionale", assicurando assistenza a tutti coloro che non hanno i mezzi adeguati. Abbiamo visto come non fosse soltanto necessario assicurare le cure mediche, ma importante agire socialmente per

evitare la diffusione del contagio, contrastando allo stesso tempo il rischio di esclusione e di isolamento, che ha colpito soprattutto alcune fasce della popolazione (penso agli anziani, cittadini di origine straniera, minori in età scolare, famiglie monogenitoriali etc.).

La pandemia ci ha mostrato come i bisogni delle persone richiedono prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale che possano garantire continuità tra le attività di cura e quelle di riabilitazione. Qui è l'integrazione necessaria dal punto di vista sanitario e sociale, che deve poi declinarsi in interventi che non possono non toccare anche l'ambito educativo e formativo.

La Conferenza di cui il volume raccoglie gli atti rappresenta uno spazio di riflessione e di confronto sulle pratiche del welfare nei territori, costruito con la messa a disposizione di esperienze e di documentazione di estrema utilità per chi opera negli enti territoriali ma anche per studenti e studiosi che vogliono conoscere e approfondire le esperienze locali.

Come Dipartimento di Scienze della Formazione di Roma Tre siamo molto contenti di poter continuare a garantire occasioni importanti di approfondimento scientifico sui sistemi locali di welfare.

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

Marco Accorinti

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

Monia Giovannetti

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

Annalisa Gramigna

Referente per l'Osservatorio sugli Investimenti della Fondazione IFEL.

Chiara Poli

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