

# L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA: ASPETTI ORGANIZZATIVI, SOCIO/RELAZIONALI E NORMATIVI PER UNA SUA DEFINIZIONE

**Carlo Beraldo**

Assistente sociale e sociologo, Presidente dell'Istituto Regionale  
per gli Studi del Servizio Sociale di Trieste

L'integrazione sociosanitaria, nelle sue diverse modalità attuative, ha a che fare con elementi organizzativo-professionali capaci di facilitare o di limitare la sua effettiva realizzazione.

La comprensione di un'organizzazione (intesa come un insieme sociale che ha un fine complesso e specifico ottenuto mediante la valorizzazione di definite risorse) è data dalla conoscenza delle **variabili chiave** che definiscono la sua esistenza e il suo funzionamento. Tali variabili sono:

- l'**ambiente** qualificante il contesto dell'organizzazione, contraddistinto da elementi **socio-antropologici**, culturali e politici, ecologici, ecc.;
- il **compito-obiettivo** dell'organizzazione, ponendo attenzione al numero e alla varietà dei sub-compiti che possono determinare diverse sub-organizzazioni variamente specializzate;
- la **struttura organizzativa**, ovvero i criteri di divisione del lavoro, i principali meccanismi operativi come i sistemi di pianificazione-controllo e di valutazione-ricompensa di chi opera nell'organizzazione;
- il **comportamento organizzativo**, ovvero il modo concreto con cui gruppi e individui agiscono nell'organizzazione e soprattutto nelle sub-organizzazioni;
- la **cultura organizzativa** intesa come sistema di significati collettivamente condiviso in un determinato contesto organizzativo, ponendo attenzione che nelle organizzazioni complesse la cultura organizzativa generale è assai composita, stante la presenza di una pluralità di sottoculture organizzative;
- la **"tecnologia"** intrapresa, ovvero le azioni compiute, con o senza l'aiuto di strumentazione materiale, su un "oggetto" che qualifica il compito (e i sub-compiti) dell'organizzazione. Essendo evidente che l'oggetto prevalente nelle organizzazioni socio-sanitarie attiene all'umano (ambito individuale e sociale) è pur vero che la presenza di molte sub-organizzazioni specializzate a realizzare compiti diversificati mediante specifiche prestazioni comporta l'uso di "tecnologie" d'azione alquanto diversificate e di norma agenti su componenti specifiche di una singola persona o (per azioni di prevenzione/promozione) di una comunità.

Approfondire le realtà organizzative significa comprendere la diversa modalità espressiva che ciascuna delle variabili citate ha nelle varie organizzazioni (e spesso in ciascuna delle parti di un'organizzazione più ampia), tenendo peraltro conto che il prosieguo dell'esistenza di ogni organizzazione è data dal dinamico, equilibrato e contemporaneo funzionamento di approcci conservativi e di approcci innovativi. Così pure, per la complessità (professionale, organizzativa e di compiti-obiettivo) che caratterizza le organizzazioni attuatrici delle politiche di welfare, si pone il problema del tipo di rapporto che deve qualificare le diverse parti di un insieme e anche in questo caso del giusto equilibrio che deve esserci tra le coesistenti dimensioni organizzative della differenziazione e della integrazione.

Il grado di prevalenza dell'una sull'altra dipende da una pluralità di elementi che attengono alla tipologia delle problematiche da affrontare, al tipo di obiettivi di performance attribuiti alle diverse unità

organizzative e agli obiettivi di sistema da raggiungere, alla specificità dei compiti professionali da adempiere, ai particolari contesti ambientali incidenti o meno sull'azione organizzativa e ad altro ancora. Tali elementi caratterizzano la cultura organizzativa, ovvero il sistema dei significati collettivamente accettati in un determinato contesto organizzativo.

In proposito va sottolineato che nelle organizzazioni complesse la cultura organizzativa generale è assai composita, stante la presenza di una pluralità di sottoculture organizzative (intese quali schemi di comprensione specifici di un determinato servizio o gruppo operativo): solo la condivisione di alcuni valori e significati tra gli attori impegnati nelle diverse parti organizzative sancisce l'appartenenza a una comune e più ampia cultura organizzativa. La cultura condivisa nella misura in cui migliora la capacità dell'organizzazione di agire unitariamente, consente di esprimere al meglio e di dare un significato anche alla competenza distintiva.

Chi gestisce ruoli di coordinamento/management deve porre attenzione non solo ai comportamenti organizzativi e professionali più consoni ai processi performativi, ma pure ai sistemi di significato, ai paradigmi valoriali, ai linguaggi ritenuti più opportuni nella realtà operativa: si tratta dell'esercizio dell'attività simbolica proprio della leadership.

Nel contesto dell'azione delle strutture e dei servizi rivolti alla cura e al benessere della popolazione, il tema dell'integrazione/connesione non ha esclusiva valenza intra o inter organizzativa ma riguarda anche le realtà sociali più o meno strutturate (associazionismo multiforme) e le dimensioni della prossimità personale (parentela, vicinato, espressioni amicali) che contribuiscono a comporre il composito scenario dei diversi sistemi di aiuto. Tali sistemi di aiuto, di fatto, sono interdipendenti e si attivano secondo il tipo di bisogno/problema e in relazione ai valori e alle norme sociali al momento vigenti.

Riferendoci specificamente al tema della **integrazione sociosanitaria** e ai contesti organizzativi chiamati a realizzarla, agli elementi di complessità organizzativa già segnalati si aggiungono fattori di criticità dovuti a differenti concezioni dell'esercizio professionale: curare vs prendersi cura, erogare prestazioni vs lavoro per progetti, materialità dell'azione vs valore della dimensione relazionale. Paradigmi questi che, declinati in forma alternativa o diversificata, ritroviamo negli ambiti del lavoro sociale e sanitario come conseguenza del tipo di approccio antropologico scelto a riferimento per l'azione organizzativo-professionale.

A fronte della evidente complessità degli scenari istituzionali, organizzativi e professionali caratterizzanti i sistemi assistenziali e di cura della popolazione, **la scelta strategica della integrazione socio-sanitaria deriva dal valore assegnato alla concezione di persona quale unità biopsichica in continua relazione con l'ambiente socio-culturale che fa da contesto**: è quanto più volte richiamato dall'O.M.S (Dichiarazione di Alma Ata-1978, Carta di Ottawa- 1986, Carta di Lubiana-1996, Dichiarazione di Jakarta-1997).

In Italia **il pieno recepimento normativo riguardo la scelta della integrazione socio-sanitaria avviene con la Legge 23 dicembre 1978, n.833**-Istituzione del Servizio Sanitario nazionale, ma già negli anni precedenti tale scelta costituiva parte integrante delle norme istitutive dei consultori familiari (1975), dei servizi per le tossicodipendenze (1975), dell'integrazione scolastica dei minori con handicap (1977), di riforma dell'assistenza psichiatrica (1978). I riferimenti normativi dati dalla Legge 833/1978 costituiscono le linee di definizione, a livello governativo, dei successivi atti norma-

tivi finalizzati a delimitare in modo pertinente i significati e le caratteristiche organizzativo-professionali dell'integrazione sociosanitaria<sup>1</sup>.

Tali atti sono:

- DPCM 8 agosto 1985: Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle Province autonome in materia di attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali, ai sensi dell'art. 5 della Legge 23 dicembre 1978, n.833;
- D.Lgs 30 dicembre 1992, n.502 e D.Lgs 7 dicembre 1993, n. 517: Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art.1 della L. 23 ottobre 1992 n.421;
- D.Lgs 19 giugno 1999, n. 229: Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale;
- Legge 8 novembre 2000, n. 328: Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali;
- DPCM 14 febbraio 2001: Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie;
- DPCM 29 novembre 2001: Definizione dei livelli essenziali di assistenza (poi modificato con DPCM 5 marzo 2007 e ulteriormente modificato con DPCM 23 aprile 2008 e DPCM 12 gennaio 2017;
- Legge 8 novembre 2012, n.189: Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute (legge di conversione del DL 13/9/2012, n.158 – decreto Balduzzi).

A tali norme vanno aggiunti i periodici atti di pianificazione sanitaria nazionale, approvati nell'ultimo ventennio, fino a giungere al Patto per la Salute 2014-2016<sup>2</sup>

Va comunque riscontrata una dissimile attuazione di codesta normativa nazionale nelle Regioni.

Di seguito i livelli di integrazione richiamati dalla normativa nazionale

**Integrazione istituzionale:** riguarda la necessaria collaborazione tra diverse istituzioni impegnate ad organizzarsi per conseguire obiettivi comuni di salute.

- Coinvolge primariamente le AAS e i Comuni, pur individuando l'ambito distrettuale come luogo

<sup>1</sup> I passaggi più importanti della Legge 833/78 sul tema della integrazione sociosanitaria sono:

*Art. 1 – (...) Nel servizio sanitario nazionale è assicurato il collegamento e il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività. (...)*

*Art. 11 – (...) Le leggi regionali devono in particolare conformarsi ai seguenti principi:*

*coordinare l'intervento sanitario con gli interventi negli altri settori economici, sociali e di organizzazione del territorio di competenza delle regioni;*

*(...) Le regioni, sentiti i Comuni interessati, determinano gli ambiti territoriali delle unità sanitarie locali, che debbono coincidere con gli ambiti territoriali di gestione dei servizi sociali.*

*All'atto della determinazione degli ambiti di cui al comma precedente, le regioni provvedono altresì ad adeguare la delimitazione dei distretti scolastici e di altre unità di servizio in modo che essi, di regola, coincidano*

<sup>2</sup> I passaggi più importanti del Patto 2014-2016 sono:

Le Regioni disciplinano i principi e gli strumenti per l'integrazione dei servizi e delle attività sanitarie, sociosanitarie e sociali, particolarmente per le aree della Non Autosufficienza, della disabilità, della salute mentale adulta e dell'età evolutiva, dell'assistenza ai minori e delle dipendenze e forniscono indicazioni alle ASL ed agli altri enti del sistema sanitario regionale per l'erogazione congiunta degli interventi, nei limiti delle risorse programmate per il Ssr e per il Sistema dei servizi sociali per le rispettive competenze.

L'accesso alla rete integrata dei servizi sociosanitari avviene tramite un "punto unico" che indirizza il cittadino al percorso sociosanitario e socioassistenziale adeguato alle sue condizioni e necessità.

Per l'individuazione del setting di erogazione delle prestazioni sociosanitarie (domiciliare, territoriale ambulatoriale, semiresidenziale o residenziale) e l'ammissione a un livello appropriato di intensità assistenziale si fa ricorso alla valutazione multidimensionale effettuata con uno strumento valutativo del quale sia stata verificata la corrispondenza con gli strumenti già concordati dalle Regioni con il Ministero della salute.

elettivo per la realizzazione della integrazione.

- Gli strumenti giuridici a disposizione sono vari: convenzioni, accordi di programma, conferenza di servizi, accordi di diritto pubblico, ecc.
- Riferimenti pianificatori: pianificazione regionale, piani di AAS (piano annuale e triennale); prima parte dei PDZ e dei PAT.

**Integrazione gestionale** (in coerenza con l'integrazione istituzionale): trova attuazione nel coordinamento dei processi assistenziali e nella condivisione delle risorse (professionali, logistiche, organizzative).

- Gli strumenti giuridico-organizzativi a disposizione sono: deleghe gestionali, convenzioni intercomunali, consorzi, aziende speciali, protocolli d'intesa, coordinamento funzionale, ecc.
- Soggetti coinvolti: Distretti (AAS), Comuni, altri organismi di servizio alla persona (governance gestionale).
- Riferimenti pianificatori: PDZ – PAT - lavoro per obiettivi e per progetti.

**Integrazione professionale:** fa riferimento al rapporto tra operatori sanitari e operatori sociali, si basa sulla consapevolezza che per raggiungere concretamente positivi obiettivi di salute è necessario il lavoro professionale collaborativo tra operatori impegnati in servizi diversi.

Va posta attenzione alle due modalità di integrazione professionale:

- integrazione socio-sanitaria «intra-muraria» (AAS);
- integrazione socio-sanitaria territoriale-extra muraria (AAS+Comuni+ ulteriori organizzazioni).

## **Alcune considerazioni**

Il sistema dei servizi si connota come un campo interorganizzativo entro il quale organizzazioni relativamente autonome cooperano per il raggiungimento dei compiti di produzione di interventi nelle varie aree di bisogno, in una realtà dove le domande multidimensionali (di aiuto) rendono il confine tra l'intervento sociale e quello sanitario sempre più incerto.

Il sistema dei servizi è comunque policentrico sotto il profilo territoriale, istituzionale, tecnico operativo ed economico finanziario.

L'offerta si caratterizza per la presenza di un variegato insieme di soggetti che sono titolari di risorse parziali e che, nello stesso tempo, sono molto caratterizzati sul piano delle proprie culture organizzative. È anche per questi motivi che il dialogo tra tali attori è talvolta difficile e conflittuale; **l'integrazione sociosanitaria è quindi definibile come un processo in continuo divenire.**

## **Bibliografia di riferimento**

- Quaglino G.P., La vita organizzativa. 1.ed. Milano: Raffaello Cortina; 2004.  
Pignatto A., Organizzazione e qualità nei servizi socio-sanitari. 4.ed. Roma: Carocci; 2011.  
Bissolo G., Fazzi L., Costruire l'integrazione sociosanitaria. 4.ed. Roma: Carocci; 2012.