



## **Allegato 2 - L'integrazione tra sanità e sociale oggi**

### ***D. Quale relazione esiste tra sanità e sociale?***

Il rapporto tra sanitario e sociale si definisce partendo da:

- Riferimenti concettuali dell'integrazione sociale e sanitaria;
- Riferimenti normativi nazionali dell'integrazione sociale e sanitaria;
- Idee sulle prospettive possibili per l'integrazione sociale e sanitaria.

### ***D. Quali sono i riferimenti concettuali dell'integrazione tra sanità e sociale?***

I riferimenti concettuali dell'integrazione sociale e sanitaria si basano a loro volta su:

- Il cambiamento organizzativo in sanità.
- Il rapporto tra sanitario e sociale.

### ***D. quali sono i determinanti della salute?***

La salute: è l'esito delle "relazioni" tra sistemi diversi: sociale, formazione e scuola, lavoro, ambiente, formazioni sociali, giustizia e legge e sanità.

### ***D. Quali sono le direttrici per un'analisi del rapporto tra sanitario e sociale?***

Le direttrici per un'analisi del rapporto tra sanitario e sociale si fondano sulla considerazione che il posizionamento di una persona nell'ambito della cura varia nel tempo e comporta implicazioni rispetto a continuità, appropriatezza, costi, integrazione nella programmazione e nella gestione di servizi e interventi.

I servizi e gli interventi si dislocano tra continuità e appropriatezza, come segue:

**Intensità sanitaria**

**Intensità sociale**



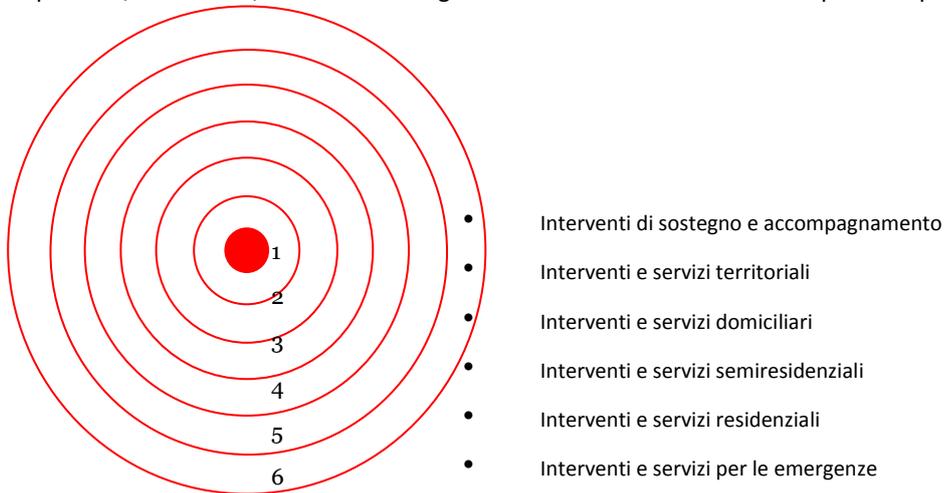
Servizi Sanitari  
Programmazione sanitaria  
Costi servizi sanitari

Servizi Sociali  
Programmazione sociale  
Costi servizi sociali



**D. Quale è il rapporto tra persona e servizi nei suoi percorsi di cura?**

La persona, a sua volta, nel sistema integrato dei servizi richiede una molteplicità di possibili interventi diversi:



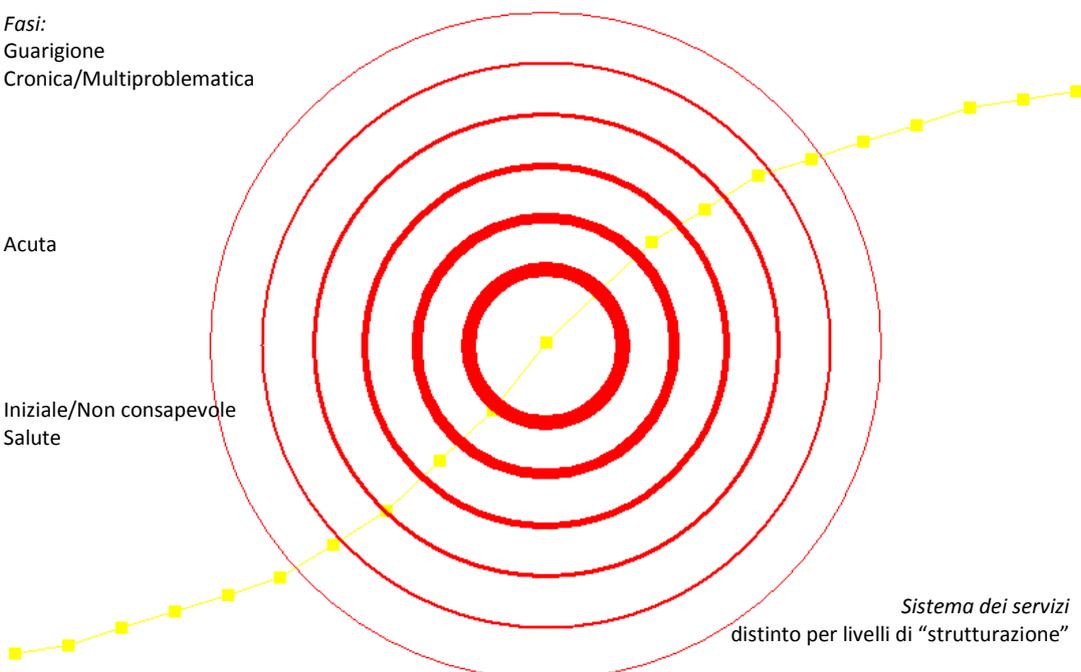
**D. Quali sono i livelli dei problemi delle persone nel rapporto con i servizi?**

Esiste inoltre un livello di problemi verso il rapporto con i servizi, come segue:

*Fasi:*  
Guarigione  
Cronica/Multiproblematica

Acuta

Iniziale/Non consapevole  
Salute



*Sistema dei servizi  
distinto per livelli di “strutturazione”*



#### **D. Esistono inoltre delle asimmetrie tra sociale e sanitario?**

Esistono e sono le seguenti:

##### *Asimmetria istituzionale*

Riguarda in parte il non aggiornamento dei LEA sanitari (presentati nell'aprile scorso e non ancora pubblicati), ma soprattutto la mancanza dei Livelli essenziali e uniformi delle prestazioni sociali (LIVEAS) previsti dalla L. 328/00: non è possibile che i diritti sanitari siano definiti e, sostanzialmente, esigibili (prescindendo in queste sede dalla qualità) mentre nulla si dice sui diritti sociali.

##### *Asimmetria amministrativa*

Collegata a scelte istituzionali forti che mantengono a livello dei Comuni le competenze sociali e assegnano alle Aziende Sanitarie Locali quelle sanitarie. La diversa natura tra Comuni e Aziende pone seri problemi in tutte le regioni italiane, anche se i modelli di integrazione sono diversi... e problemi maggiori si pongono nella gestione delle politiche regionali in questi due settori in considerazione dell'asimmetrico rapporto con la Regione tra la responsabilità autonoma dei Comuni per il sociale e la "dipendenza" strutturale delle ASL dalla Regione.

##### *Asimmetria finanziaria*

Storicamente consolidata, per cui il rapporto tra spesa sociale e spesa sanitaria è, nella gran parte del Paese, superiore a 1 a 40 (per ogni euro speso nel sociale se ne spendono 40 in sanità), per di più con una struttura della spesa sanitaria molto più rigida e stabile di quella sociale.

##### *Asimmetria organizzativa*

Riguarda l'articolazione dei servizi: molto più strutturata, stabile e dedicata quella della sanità e molto più leggera, flessibile, polifunzionale e precaria quella del sociale. Ci sono i pro e i contro di ogni modello organizzativo, ma risulta evidente che la generale fragilità del sistema dei servizi sociali viene spesso "stritolata" nei rapporti con la diffusa rigidità del sistema dei servizi sanitari.

##### *Asimmetria professionale*

Fa riferimento sia allo squilibrio tra la presenza dei profili delle professioni sanitarie e la mancanza dei profili delle professioni sociali (anch'essi previsti dalla L.328/00), sia alla carente volontà e capacità di collaborazione tra le professionalità all'interno e tra i due sistemi di servizi, sia alla diversa tutela e garanzia contrattuale che spesso caratterizza (ancora a vantaggio della sanità) le due aree di servizio alla persona.

#### **D. come possono identificarsi i livelli di integrazione?**

I livelli dell'integrazione possono identificarsi, come segue:

- *Raccordo;*
- *Partecipazione;*
- *Collaborazione;*
- *Sinergia;*
- *Alleanze;*
- *Integrazione:*
  - Territoriale;
  - Istituzionale;
  - Programmatoria;
  - Organizzativa;
  - Gestionale;
  - Professionale.



**D. Quali sono le coerenze da garantire nell'integrazione?**

Le coerenze dell'integrazione da garantire sono:

- definire e conseguire la coerenza tra la "progettualità per la persona" e la "programmazione integrata territoriale";
- programmare e progettare da un lato, servizi, azioni ed interventi e dall'altro declinare e coniugare ai diversi livelli le varie dimensioni interconnesse.

**D. Quale può essere uno schema di relazione tra dimensioni e livelli di integrazione?**

Uno schema di relazione tra le dimensioni e i livelli dell'integrazione può definirsi come segue:

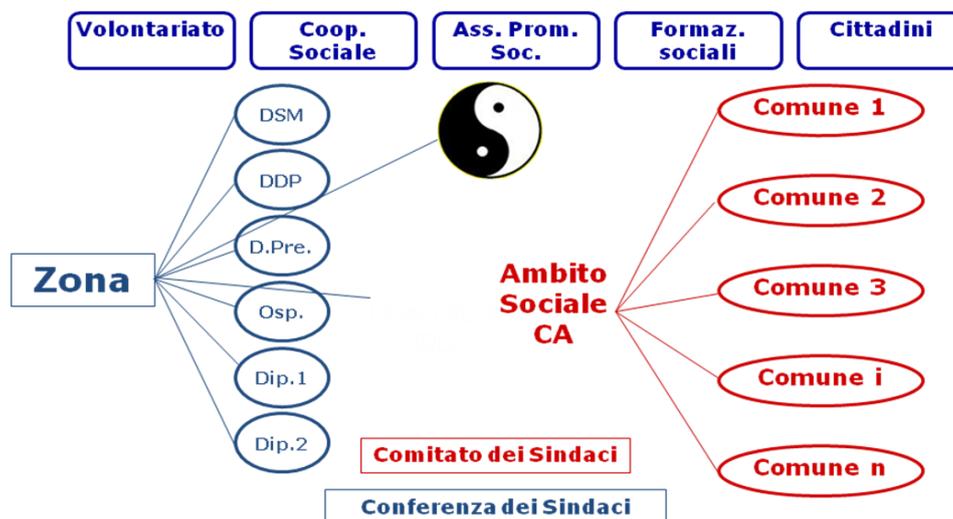


**D. Come si può pervenire ad una lettura condivisa del territorio tra sanità e sociale?**

Deve esserci una coincidenza degli ambiti territoriali di programmazione sanitaria (Distretti socio-sanitari o Zone socio-sanitarie) e di quelli sociali (Zone sociali o Ambiti Sociali).

Solo questo tipo di coincidenza permette di rendere integrabili i servizi e i loro programmi.

Nel territorio il rapporto tra sociale e sanitario deve consentire una lettura coerente dell'assetto attuale:

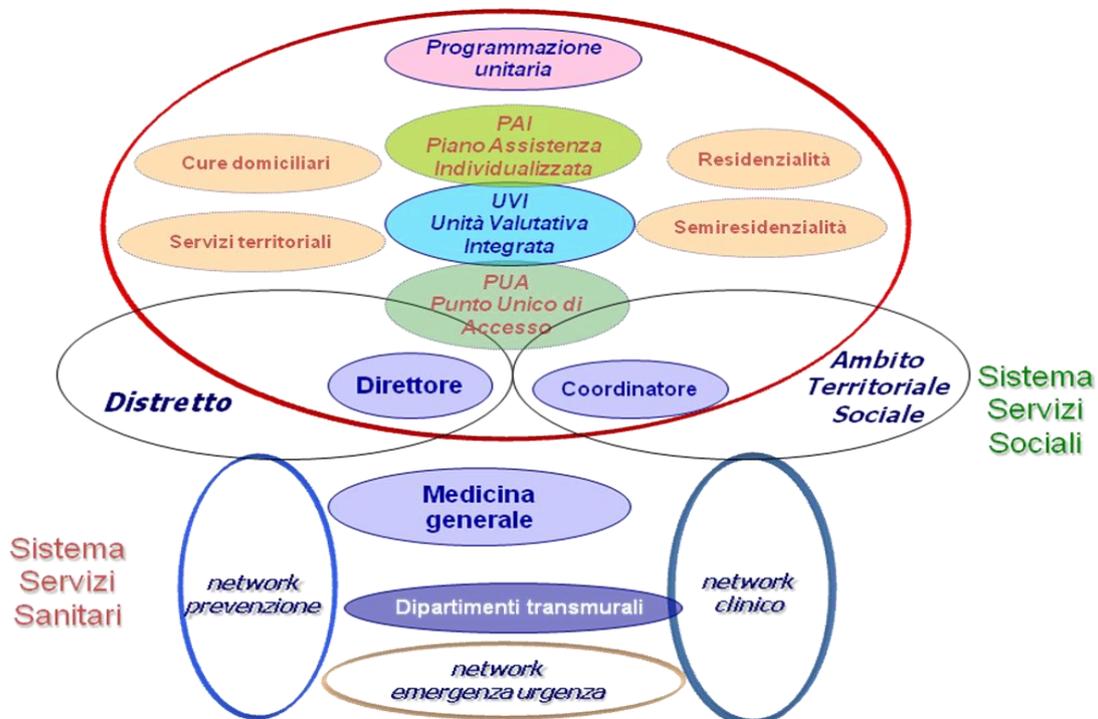


Da questa lettura condivisa sono possibili sviluppi a più alta o bassa integrazione in quanto livelli di condivisione delle risorse della sanità e del sociale su obiettivi condivisi con mandatari e comunità.



**D. Partendo da un lettura condivisa del territorio come possono configurarsi i network assistenziali?**

Il network territoriale tra servizi sanitari e sociali può definirsi funzionalmente come segue:



Gli obiettivi delle reti territoriali di integrazione tra sanità e sociale possono individuarsi partendo dai seguenti assiomi:

- Rete territoriale con centralità su bisogni/utenti;
- Rete territoriale come centro d'accessibilità al sistema;
- Semplificazione dei percorsi;
- Continuità delle cure.

**D. E’ possibile declinare congiuntamente i percorsi delle reti sanitarie e sociali?**

I Percorsi delle reti integrate tra sanitario e sociale possono declinarsi come segue:

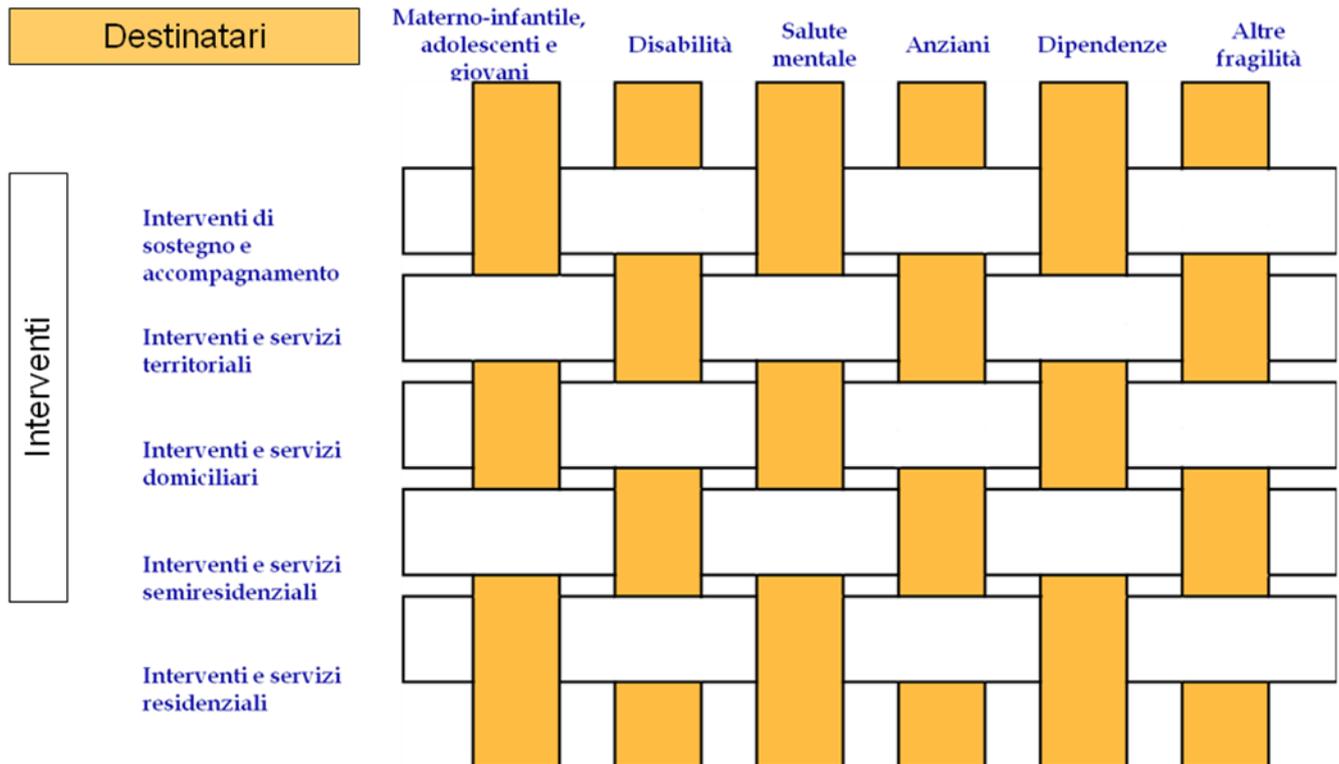


L’area sanitaria e quella sociale sono messe a fronte e per macro processo e tipo di struttura e possono trovare le forme di integrazione funzionale descritte nel suddetto schema logico, concorrendo alla definizione dei servizi dell’integrazione socio-sanitaria.



**D. E' possibile definire una matrice tra aree di integrazione e tipologie di intervento?**

E' possibile descrivere una *trama* e un *ordito* dell'integrazione incrociando le aree di integrazione e le tipologie di intervento possibili come segue:



Sul lato delle ascisse abbiamo i diversi tipi di interventi assistenziali possibili.

Sul lato delle ordinate, invece, abbiamo le aree di assistenza secondo le tipologie normative vigenti.

I punti di incrocio individuano l'uso ottimale dei diversi tipi di interventi per aree assistenziali.

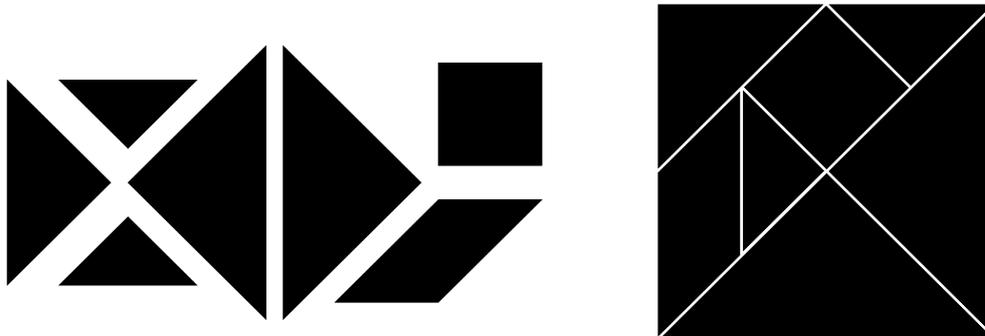
**D. Data la complessità dell'integrazione è possibile darsi un modello concettuale interpretativo?**

Una concettualizzazione per il consolidamento dell'integrazione sociale e sanitaria si sostanzia nella metafora dell'integrazione come un *Tangram*<sup>1</sup>.

È importante avere conoscenza dei singoli "pezzi" che compongono il *Tangram* e devono/possono essere composti secondo una progettualità condivisa.

<sup>1</sup> Il *tangram* (in cinese 七巧板; *pīnyīn* qī qiǎo bǎn) è un gioco [rompicapo cinese](#). Il nome significa "Le sette pietre della saggezza". Pur essendo comunemente ritenuto di origine molto remota nel tempo, le più antiche fonti conosciute non lo nominano, però, che verso il XVIII secolo. È costituito da sette tavolette del medesimo materiale e del medesimo colore (chiamati *tan*) che sono disposti inizialmente a formare un quadrato: 5 [triangoli](#) (2 grandi, 1 medio, 2 piccoli), 1 [quadrato](#) e 1 [parallelogramma](#). Lo scopo del gioco è di formare figure di senso compiuto. Le regole sono alquanto semplici: usare tutti e sette i pezzi nel comporre la figura finale; non sovrapporne nessuno.

Conseguentemente possiamo dare contenuti al *Tangram* dell'integrazione sociale e sanitaria secondo i seguenti item:



<i>Dimensioni dell'integrazione sociale e sanitaria</i>	<i>Definizioni</i>	<i>Connessioni</i>
Accesso e percorso della continuità assistenziale		
L'assetto territoriale/istituzionale dell' integrazione		
L'assetto organizzativo/gestionale dell'integrazione		
Tipologia degli interventi e regime assistenziale		
I soggetti dell'integrazione		
I contenuti dell'integrazione		
I modi dell'integrazione professionale		

**D. Quale Tangram è possibile per l'integrazione socio-sanitaria?**

Le diverse forme della integrazione sociale e sanitaria possibile e necessaria dipendono da:

- Ruolo dei "livelli" regionali;
- Ruolo dei "livelli" locali.

Tra frammentarietà ed unitarietà dell'integrazione è necessario individuare dei "sentieri" dove declinare i livelli di direzione/amministrazione dell'integrazione sociale e sanitaria, definendo a loro volta:

1. I contenuti dell'integrazione sociale e sanitaria;
2. L'assetto istituzionale dell'integrazione sociale e sanitaria;
3. La programmazione integrata sociale e sanitaria;
4. L'organizzazione e la gestione;
5. I processi, i percorsi, le procedure;
6. L'integrazione sociale e sanitaria nei settori di intervento.

**D. Quale può essere lo schema concettuale delle reti integrate tra sanità e sociale?**

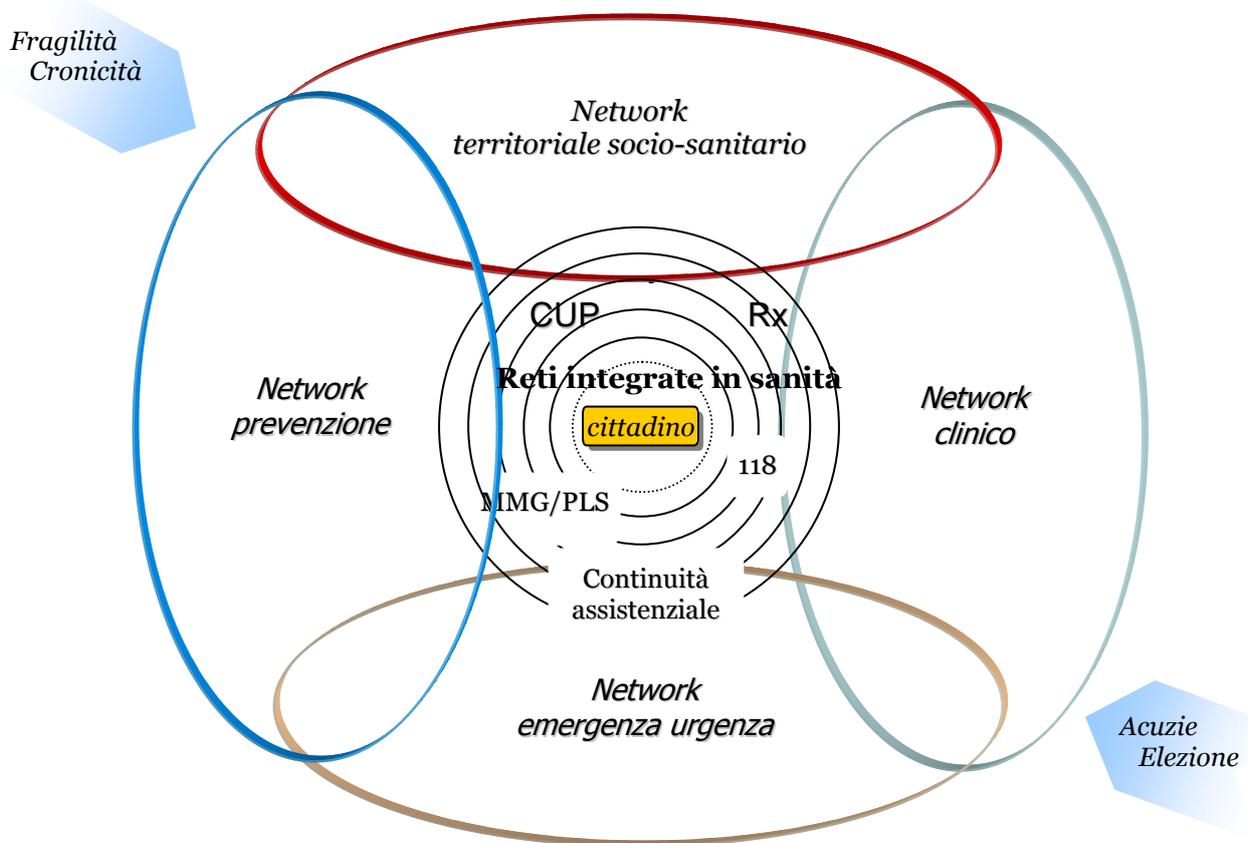
I contenuti dell'integrazione sociale e sanitaria vanno declinati tenendo conto di:

- Principi generali di riferimento del "modello" di integrazione sociale e sanitaria;



- Armonizzazione contenuti delle normative nazionali con le normative regionali;
- Individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, sanitarie, socio-sanitarie.

I principi vanno definiti a priori e sono parte costitutiva del mandato che gli attori ricevono dalle comunità. L'armonizzazione dei contenuti normativi comporta un lavoro di allineamento tra livello Macro e Micro dell'integrazione, ovvero, tra stakeholders istituzionali e aziende sanitarie e altri attori delle filiere assistenziali. L'individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, sanitarie, socio-sanitarie deve avvenire ex ante in base all'osservazione epidemiologica della popolazione residente e in base alle risorse disponibili. In tale approccio le Reti integrate in sanità, come sistemi di relazioni funzionali possono essere descritte come dal seguente schema concettuale:



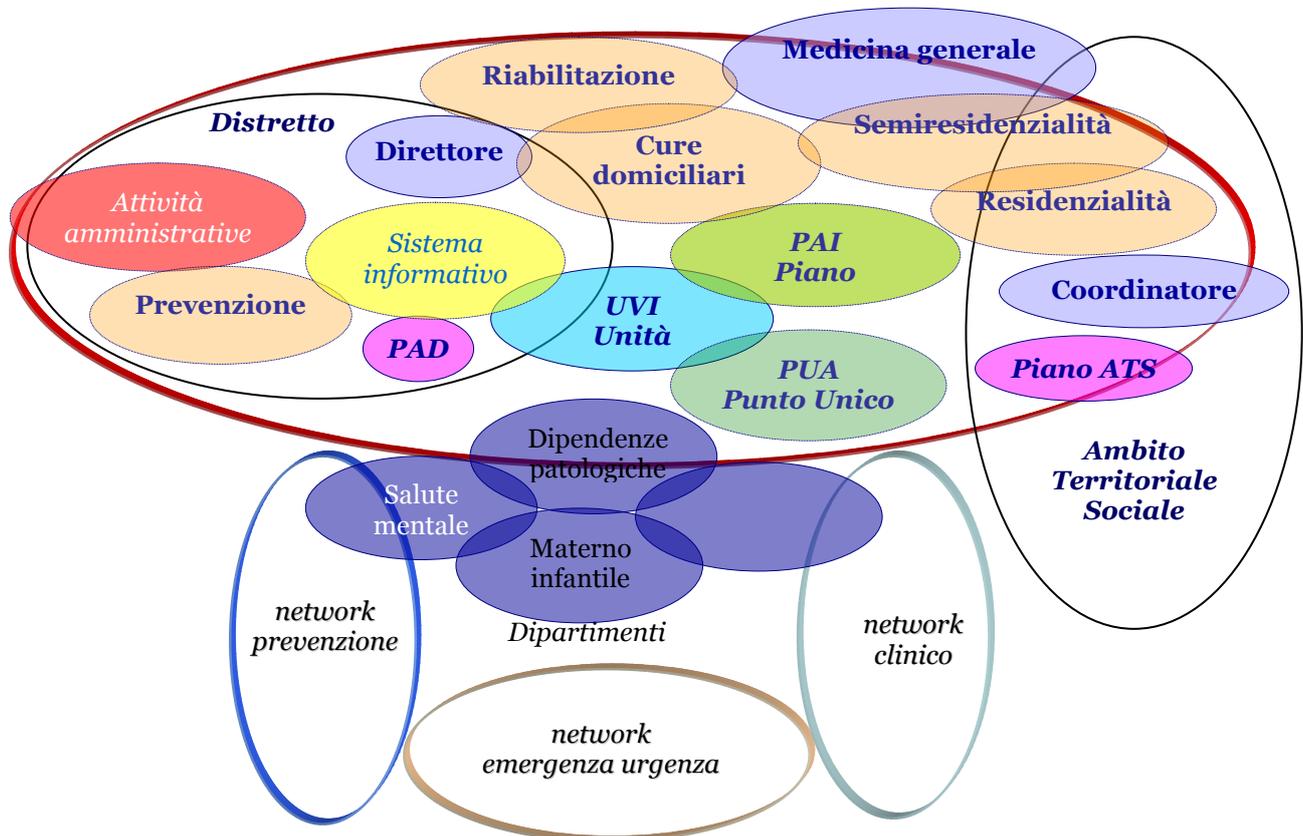
Nello schema abbiamo quattro network funzionalmente "integrabili", ovvero:

- Il network della prevenzione (MMG e PLS e servizi delle ASL);
- Il network territoriale socio-sanitario (servizi ASL + servizi Enti locali + altri attori);
- Il network dell'emergenza e urgenza (guardia medica + 118 + PS);
- Il network clinico (ospedali e strutture accreditate).

E ovviamente due condizioni di accesso da parte dei cittadini, ovvero, Acuzie ed Elezione, Fragilità e Cronicità.



A sua volta il network territoriale socio-sanitario può descriversi funzionalmente come segue, esplodendo le sue componenti specifiche:



A loro volta le "strutture" e gli "strumenti" delle reti integrate possono individuarsi in:

- Punto Unico di Accesso (PUA);
- Unità Valutativa Integrata (UVI);
- Piano Assistenziale Individuale (PAI).

