


| | | |
|---|---|--|
|  <p>SIQuAS Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p> | <p>RACCOMANDAZIONE 2012 "La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario"</p> | <p>Bozza Rev.0 del 16.03.2012</p> |
|---|---|--|

Allegato 4 - La definizione di integrazione tra sanità e sociale

D. Quale è la definizione di integrazione nelle scienze sociali?

Nelle scienze sociali, il termine integrazione indica l'insieme di processi sociali e culturali che rendono l'individuo membro di una società.

Tra questi, il primo e più importante è quello della *socializzazione* primaria, ovvero la trasmissione al neonato e successivamente al bambino da parte della famiglia di quell'insieme di competenze sociali, *valori, norme* attraverso il quale la società riproduce sé stessa, venendo interiorizzata dall'individuo. Successivamente, questi andrà incontro ad altri tipi di socializzazione praticati da agenzie sociali differenti (la scuola, le cerchie amicali, il lavoro), accumulando e specializzando le sue competenze di definizione del mondo ed interazione con esso.

Nelle società con un alto grado di *divisione del lavoro* l'integrazione è ottenuta tramite l'adesione formale dei suoi membri ai principi sanciti da ambiti culturali quali la *morale* e l'*etica*, codificati in sistemi normativi di tipo legislativo.

Nelle società di carattere comunitario l'integrazione attiene più profondamente al vissuto individuale, essendo esse basate su una fusione spontanea di volontà (cfr. Ferdinand Tönnies) e non sull'adesione generalizzata a norme di carattere impersonale.

Questo secondo tipo di società viene definito da Émile Durkheim a *solidarietà meccanica*: qui l'integrazione - e quindi il mantenimento e la riproduzione dell'ordine materiale e simbolico in cui sono immersi gli individui - è garantita dalla caratteristica delle singole "*anime*" individuali di essere articolazioni di un'"*anima collettiva*" con la quale vi è un legame di dipendenza/appartenenza forte e totalizzante.

Nelle società complesse vige invece un tipo di solidarietà "organico", ovvero basato sulla consapevolezza della necessità di interdipendenza tra i vari "organi" del corpo sociale, i quali curando ognuno la riproduzione di un singolo aspetto della vita collettiva (la produzione, l'organizzazione, la trasmissione dei valori) si necessitano reciprocamente per la conservazione dell'organismo rappresentato dalla società.

A livello individuale, questa consapevolezza si esplica nel riconoscimento della necessità di una regolazione della vita sociale dal punto di vista economico, legislativo, culturale, etc. ovvero di una disciplina generalmente accettata riguardante i rapporti tra individui e tra gruppi in ciascuno di questi ambiti specifici.

Le situazioni di carenza o mancanza di integrazione sono definite da Durkheim di *anomia*, fenomeno consistente nel declino che può sfociare nella scomparsa di regole morali generalmente accettate, causato da un mutamento nelle condizioni materiali di esistenza di determinati *gruppi sociali* cui non corrisponde o non corrisponde in modo esaustivo un cambiamento normativo che le sancisca da un punto di vista culturale.

Durkheim include tra le circostanze potenzialmente responsabili del verificarsi di situazioni anomiche i momenti di "*effervescenza collettiva*", in cui la produzione culturale di una società aumenta di intensità e di problematicità, con fenomeni quali l'emersione di nuove tendenze religiose, nuove "*visioni del mondo*" che possono sfociare nella formazione di movimenti sociali e politici, esigenze di senso inedite.


Questi processi, latori nel breve periodo di situazioni di anomia e conseguente instabilità sociale, possono essere soggetti ad *istituzionalizzazione* attraverso un processo di generalizzazione, codificazione ed accettazione delle loro istanze, che vengono acquisite dal senso comune e si integrano nelle dinamiche di integrazione sociale descritte in precedenza.

Principi di fondo (scopi, obiettivi ultimi, ragione d'essere, fondamenti di un servizio)

D. Come può definirsi il concetto di integrazione tra sanità e sociale?

L'integrazione tra sanità e sociale «è pensata come la necessità di un coordinamento tra servizi sociali e sanitari pubblici o al massimo in convenzione con il pubblico, e quindi può essere ricondotta al buon funzionamento dei servizi da un punto di vista tecnico e organizzativo»^[1].

L'art. 3 septies, co. 1 del D.lgs. n. 229/1999 definisce le prestazioni socio-sanitarie "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 azioni di cura e quelle di riabilitazione".

| | | |
|---|--|--|
|  <p>SIQuAS Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p> | <p>RACCOMANDAZIONE 2012 “La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</p> | <p>Bozza Rev.0 del 16.03.2012</p> |
|---|--|--|

D. Quali sono le tipologie di prestazioni socio-sanitarie previste dalla normativa?

1. *prestazioni sanitarie a rilevanza sociale* sono tutte le attività, finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, all’individuazione, rimozione e contenimento degli esiti degenerativi e invalidanti di patologie congenite e acquisite. Esse sono di competenza delle Aziende sanitarie e a carico delle stesse, inserite in progetti personalizzati di durata medio-lunga erogate in regime ambulatoriale, domiciliare, o in strutture residenziali o semiresidenziali;

2. *prestazioni sociali a rilevanza sanitaria* sono tutte 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. Tali attività sono di competenza dei Comuni, sono inserite in progetti personalizzati di durata non limitata, sono erogati nelle fasi estensive e di lungo-assistenza e sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai Comuni stessi;

3. *prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria* rientrano nei LEA e sono poste a carico del Fondo sanitario nazionale. Esse sono caratterizzate “dalla inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell’ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell’impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell’assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell’assistenza”.

D. quali sono le tipologie di integrazione e i loro contenuti?

L’integrazione sociosanitaria va attuata e verificata a tre livelli: *istituzionale, gestionale e professionale*.


L’integrazione istituzionale riguarda il livello politico-amministrativo nasce dalla necessità di promuovere collaborazioni fra istituzioni diverse (aziende sanitarie, amministrazioni comunali, ecc.) che si organizzano per conseguire comuni obiettivi di salute. Può avvalersi di un’ampia dotazione di strumenti giuridici quali le convenzioni e gli accordi di programma (stipulati da circa la metà delle aziende sanitarie, per tre quarti nell’area dell’assistenza agli anziani). A questo scopo le Regioni, nei rispettivi Piani, preferibilmente sociosanitari, provvedono a definire i criteri di finanziamento e gli indirizzi organizzativi, mettendo in grado le aziende Usl di programmare l’entità delle risorse da assegnare ai distretti.

L’integrazione gestionale riguarda il governo manageriale di risorse e di servizi da integrare in progetti comuni di intervento e si colloca a livello di struttura operativa: in modo unitario nel distretto e in modo specifico nei diversi servizi che lo compongono, individuando configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento atti a garantire l’efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni. Sul piano gestionale vanno incrementati gli approcci multidimensionali, il lavoro per progetti, la definizione di percorsi assistenziali.

Le unità multiprofessionali devono tenere conto della ripartizione delle risorse a carico del bilancio sanitario e sociale, sulla base di quanto definito dalle Regioni, utilizzando gli strumenti di contabilità analitica e dei corrispondenti centri di responsabilità. Le azioni di verifica e di valutazione sono ad essi direttamente correlati e devono essere ricavabili dal sistema informativo del distretto; vanno a questo scopo previste procedure idonee a facilitare la valutazione dei servizi da parte degli utenti.

L’integrazione professionale riguarda la composizione di saperi e abilità per garantire risposte efficaci ed è strettamente correlata all’adozione di linee guida finalizzate a orientare il lavoro interprofessionale e del *case management*. E’ l’integrazione sul campo, sulla frontiera dei bisogni e dei servizi erogati, che dipende in modo decisivo da convinzioni e comportamenti dei professionisti che occorre incentivare e sostenere nelle loro autonomie sul campo, raccordandole con precise responsabilità deontologiche e doveri di rendicontazione.

Condizioni necessarie dell’integrazione professionale sono: la costituzione di unità valutative integrate, la gestione unitaria della documentazione, la definizione delle responsabilità nel lavoro integrato, la continuità terapeutica tra ospedale e distretto, la collaborazione tra strutture residenziali e territoriali, la predisposizione di percorsi assistenziali appropriati per tipologie di intervento, l’utilizzo di indici di complessità delle prestazioni integrate.

| | | |
|---|---|--|
|  <p>SIQuAS Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria</p> | <p>RACCOMANDAZIONE 2012 “La qualità nell’integrazione tra sociale e sanitario”</p> | <p>Bozza Rev.0 del 16.03.2012</p> |
|---|---|--|

| <i>Integrazione istituzionale</i> | <i>Integrazione gestionale</i> | <i>Integrazione professionale</i> |
|---|---|--|
| <i>Dipartimento istruzione</i> | gestione risorse umane, orientamento, pari opportunità, politiche giovanili | insegnante, educatore, dirigente, sociologo |
| <i>Dipartimento politiche sanitarie</i> | pianificazione socio-sanitaria, organizzazione e qualità | assistente sociale, medico, infermiere, alcolologo |
| <i>Dipartimento sicurezza</i> | prevenzione, trattamento, monitoraggio | giudice, magistrato, consulente, operatore penitenziario |

D. Quale ambivalenza tra integrazione e frammentazione esiste tra sanità e sociale?

Le professioni impegnate nell’integrazione tra sanità e sociale si trovano dinanzi a un duplice impegno.

Da una parte devono affrontare le sfide imposte dall’aumento della domanda sociale delle nuove povertà, e d’altra parte devono opporsi alla drastica frammentazione dell’offerta di servizi imposta dalle amministrazioni pubbliche che subiscono le conseguenze finanziarie della particolare congiuntura economica. Secondo Brian Hardy la frammentazione dei servizi ha un impatto negativo sulla soddisfazione dell’utenza. In questo modo gli enti locali cercano di bilanciare meglio domanda e offerta di servizi, ad es. riducendo il periodo di degenza e aumentando le allocazioni e le prestazioni domiciliari, il che non influisce sul mutamento nel sistema sanitario in quanto si sceglie di differenziare l’offerta, mentre aumenta la domanda dei servizi di assistenza domiciliare ^[3].

Le conseguenze della frammentazione implicano: - scissione tra prevenzione e riabilitazione con l’aggravante del problema delle liste d’attesa (per es. i trasporti dal proprio domicilio all’ospedale sono un costo a carico dell’utente che si aggiunge al tempo impiegato per accodarsi alla fila); - divaricazione fra cure ambulatoriali e quelle specialistiche; - modelli di finanziamento diversificati (per es. i requisiti ISEE per accedere a determinate prestazioni); - talune problematiche che incrementano la domanda di salute ma non soddisfano il bisogno della popolazione (per es. l’ipocondria e i frequenti rientri in ospedale); - distanze logistiche proibitive (per es. i centri diagnostici possono trovarsi a distanza di svariati chilometri rispetto al medico di famiglia); - differenti sistemi di accertamento della qualità in quanto sussistono diversi sistemi normativi.

Un sistema integrato, in cui si incontrano sia la dimensione sociale che quella sanitaria, secondo Jaques Elliott, deve comprendere le seguenti categorie: medicina generale e specialistica, sostegno economico e psicologico, istruzione e formazione, prevenzione e promozione della salute, criminologia e devianza.

Nella sanità, per es., sono contemplate le specializzazioni fin dal percorso formativo (per es. odontoiatria, fisioterapia, etc.) che non trova riscontri nelle scienze del servizio sociale dove invece vige una forma di auto-selezione, in altre parole il candidato sceglie autonomamente in quale settore lavorare (minori, anziani, tossicodipendenze, etc.) indipendentemente dal titolo di studio conseguito.

Il termine “integrazione” affonda le radici nello schema AGIL di Talcott Parsons (1902-1979) secondo cui la cura della salute è un dovere innanzitutto della società civile mentre alle strutture istituzionali spetta solo un ruolo residuale.

In questi termini l’attività principale è quella di prevenzione e di intervento di sostegno alle reti affettive e relazionali.

Si tratta di un modello che conferisce ampio significato alla multi-dimensionalità del benessere inteso non solo come spazio clinico bensì come integrazione dei diversi mondi vitali quotidiani:

| | |
|---------------|-----------------|
| <i>Attore</i> | <i>Attore</i> |
| A Mercato | G Stato |
| L Famiglia | I Terzo Settore |

Al di là delle radici ideologiche, che sembrano più riconducibili al modello di Talcott Parsons, gli sviluppi di Antonio Scaglia tracciano una duplice posizione dell’integrazione in relazione a due fattori:

- *visione dualistica*: la partecipazione prevale sul consenso ai fini dell’estensione della base democratica ma col limite della regolazione dello spazio intimo;
- *visione pluralista*: il consenso prevale sulla partecipazione a vantaggio dell’influenza della classe politica e della supremazia istituzionale, sebbene «il consenso non elimina il conflitto e lo costringe a forme alternative socialmente approvate».