



1 marzo 2012

Sessione III - integrazione e coordinamento delle politiche dell'assistenza e della sanità

'Appunti introduttivi' di Franco Pesaresi

1. Di cosa parliamo?

Parliamo di assistenza integrata (*"integrated care"*) o di assistenza socio-sanitaria e di come garantirla (l'integrazione). Con il termine Assistenza integrata si intende l'insieme dei metodi operativi e dei modelli istituzionali che mirano a fornire, nel rispetto dei criteri di efficienza e di efficacia, servizi di prevenzione e di assistenza sanitaria e sociale ai più bisognosi di cure socio-sanitarie e a garantire la continuità terapeutica e il coordinamento tra i diversi erogatori di prestazioni sanitarie e sociali.

2. Serve l'integrazione?

2.1. Lo stato di salute e la sua evoluzione sono fortemente influenzati dalla condizione sociale delle persone. La condizione sociale è fortemente influenzata dallo stato di salute. Ci sono autorevoli ricerche che lo hanno ampiamente dimostrato. Il disagio e la malattia sono spesso multifattoriali; la multifattorialità richiede metodologie di intervento capaci di ricollocare in un processo unitario i vari apporti sanitari, psicologici, socio-assistenziali ed educativi. L'intervento sarà dunque più efficace se si interviene sui più fronti - quello sociale e quello sanitario - in modo congiunto.

2.2. Il costante aumento di patologie cronico-stabilizzate e cronico-degenerative richiede lo sviluppo di una rete di servizi socio-sanitari integrati che costituiscono l'intervento assistenziale più appropriato e di lungo periodo.

2.3. Inoltre, gli utenti non accettano più servizi frammentati, disaggregati in cui spetta al fruitore ricercare unitarietà e continuità. L'assistito si aspetta che ci sia un unico punto di riferimento che esprima una diagnosi unitaria (anche se realizzata da una équipe multi professionale) che lo indirizzi lungo un percorso delineato e coerente con la diagnosi sociosanitaria. L'assistenza integrata garantisce la continuità delle cure: continuità delle cure sanitarie (di servizi sanitari diversi) e dell'assistenza socio-sanitaria (di servizi sanitari e sociali). Senza integrazione non c'è continuità assistenziale.

2.4. L'integrazione fra le competenze e gli interventi sanitarie e sociali non è più soltanto una opzione ma una necessità per la qualità stessa degli interventi.

3. Efficacia e continuità assistenziale

L'assistenza integrata e l'assistenza socio-sanitaria significano in sostanza: più efficacia e continuità assistenziale.



La novità concettuale di questi ultimi anni è l'introduzione e lo stretto legame – direi una dipendenza – del tema dell'integrazione e della continuità assistenziale.

Di questo è consapevole l'OMS Europa che tra i 21 obiettivi che le nazioni europee devono raggiungere entro il 2020 ha inserito l'obiettivo 15 che non a caso si intitola "Continuità delle cure e servizi integrati"¹ sanitari e sociali.

4.1 Modelli di integrazione in Italia e in Europa

Il tema dell'integrazione è presente ed importante anche negli altri paesi europei dove si è sviluppata soprattutto nell'assistenza agli anziani.

I modelli istituzionali dell'integrazione sociosanitaria europei sono essenzialmente tre:

4.1. Gestione dei servizi socio-sanitari affidata ai comuni.

In alcuni paesi Europei alcune attività sanitarie (soprattutto per gli anziani) sono state trasferite ai comuni. In Svezia i comuni gestiscono (le risorse per) tutte le strutture residenziali e semiresidenziali per gli anziani. Se la Contea è d'accordo anche tutti i servizi domiciliari sanitari. In Norvegia e Danimarca i comuni gestiscono i servizi sociali e sanitari (primary care) distrettuali e residenziali. In Inghilterra dal 1993 i servizi sociali e sanitari domiciliari e residenziali per gli anziani sono stati trasferiti ai comuni.

In Italia questo modello è rappresentato dalle Società della salute della Toscana.

4.2. Gestione dei servizi socio-sanitari affidata alle Aziende sanitarie

In Olanda una serie di prestazioni sociali per anziani e disabili sono poste in capo al settore sanitario. La legge sulle «spese mediche eccezionali» copre buona parte delle cure di lungo termine sociali e sanitarie come l'assistenza residenziale e domiciliare per anziani e disabili.

In Italia questo modello è rappresentato dal Veneto dove i comuni hanno delegato le ASL per l'erogazione di una serie di interventi sociali.

¹ "Almeno il 90% dei paesi dovrà aver realizzato dei servizi di cure sanitarie primarie complete, che assicurino la continuità delle cure utilizzando altresì dei sistemi di orientamento del paziente verso i servizi ospedalieri che rimandino alle strutture territoriali le informazioni sanitarie dopo l'utilizzo di questi servizi. I servizi integrati dovranno fare ricorso a delle équipe pluridisciplinari composte da professionisti del settore sanitario, di assistenza sociale e di altri settori, e dovranno beneficiare della partecipazione della popolazione locale" (OMS Europa).



4.3. Comuni e aziende sanitarie gestiscono i servizi socio-sanitari mediante accordi di coordinamento

È una strada percorsa da diversi paesi europei.

In Italia questo modello è presente in moltissime regioni dove i comuni e le ASL ricercano una gestione integrata dei loro servizi attraverso accordi (protocolli di intesa, convenzioni, ecc.).

5. I luoghi dell'integrazione: l'integrazione istituzionale

E' il livello politico dell'integrazione che fra enti diversi.

Gli strumenti:

- Conferenza dei sindaci e Comitato di distretto
- Conferenza regionale per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale
- Assessorato regionale unico sociale e sanitario (raro) oppure due assessori uno per il sociale ed uno per la sanità;
- Piani regionali integrati o separati per il sociale e il sanitario;
- Piano delle attività territoriali (PAT) e Piano di Zona (PdZ) coincidenti per la parte socio-sanitaria;
- Definizione regionale degli strumenti gestionali e delle regole dell'integrazione.

L'esperienza ha dimostrato la scarsa incisività di alcuni strumenti ai fini della promozione dell'integrazione socio-sanitaria. Gli assessori unici ed i Piani regionali integrati socio-sanitari, seppur da privilegiare, in genere – con pochissime lodevoli eccezioni - non sono riusciti ad ottenere risultati migliori di altri soprattutto se il percorso è stato quello di un assemblaggio di politiche e di piani elaborati in modo separato. In queste situazioni, spesso, è il settore sanitario a catalizzare l'attenzione maggiore a scapito del sociale.

Tra gli strumenti che hanno dimostrato scarsa incisività vi è anche Conferenza regionale per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale mentre un ruolo potenzialmente significativo continua ad essere svolto dalle Conferenze dei Sindaci e dai comitati dei Sindaci.

Deludenti gli atti di regolazione regionale e di pianificazione locale dell'integrazione socio-sanitaria. Le regole sulla ripartizione dei costi socio-sanitari previste nel decreto sui LEA, presupposto dell'integrazione, sono state approvate integralmente solo dalla metà delle regioni. A livello locale, nella maggior parte dei casi, la pianificazione ha marciato in modo disallineato con una corrispondenza non sempre adeguata fra quanto previsto nell'ampio lavoro dei Piani di zona e quanto approvato nella ridotta pianificazione distrettuale dei PAT (realizzata nel 34% dei distretti).



6. I luoghi dell'integrazione: l'integrazione gestionale

L'integrazione gestionale si esplicita nel rapporto operativo instaurato tra gli enti incaricati di realizzare l'integrazione dei servizi sanitari e sociali. Trova fondamento nel coordinamento dei processi assistenziali e nella gestione congiunta delle risorse.

Il suo presupposto è la coincidenza fra distretto sanitario e ambito sociale e noi sappiamo che questa si è realizzata nell'80% dei territori.

L'integrazione gestionale si realizza nel distretto/ambito avvalendosi di uno o più degli strumenti gestionali:

- Convenzioni, accordi di programma, protocolli di intesa (per esempio Marche);
- Delega delle funzioni comunali alle ASL (per esempio Veneto);
- Consorzi comuni/ASL per la gestione unitaria delle prestazioni sociosanitarie (Toscana: società della salute);
- Piano delle attività territoriali (PAT) e Piano di Zona (PdZ) e definizione dei servizi integrati e delle risorse integrate.

Le soluzioni sono diverse ma tutte ricercano forme di collaborazione fra le unità operative che possono arrivare anche ad una organizzazione unitaria in capo ad uno dei soggetti contraenti, oppure ad unità operative che operano congiuntamente. Non esiste una soluzione miracolosa, efficace in tutte le situazioni. Anche l'ipotesi dell'unità istituzionale e cioè raggiungere l'integrazione collocando tutti i servizi e gli operatori in unico ente (per esempio la ASL o la costituzione di aziende miste) che sembrerebbe l'ipotesi teoricamente più efficace non garantisce di per sé – come l'esperienza ha dimostrato – il risultato ottimale.

7. I luoghi dell'integrazione: l'integrazione professionale

Fa riferimento alle modalità operative con le quali si realizza il lavoro congiunto/integrato di operatori sanitari e socio-assistenziali.

Strumenti dell'integrazione professionale sono:

- I Punti unici di accesso;
- Le unità valutative integrate;
- Le équipe assistenziali integrate;
- Il case manager;
- La definizione di percorsi assistenziali appropriati per la continuità assistenziale;
- La disponibilità di un sistema informativo integrato.



8. Ostacoli all'integrazione

Parliamo di integrazione sociosanitaria da decenni. Eppure non abbiamo ancora un livello di integrazione adeguato. Perché, quali sono le cause?

Ostacoli importanti si sono frapposti all'integrazione dei servizi:

- Finanziamenti pubblici insufficienti per i servizi. La mancanza di risorse può causare due effetti: a) il tentativo di trasferire i costi non coperti sul partner o il timore che lo faccia il partner; b) la comparsa di liste d'attesa causate da uno dei due partner (sociale o sanitario). Ognuna di queste situazioni rende molto difficile il buon funzionamento dei sistemi integrati;
- La complessità del sistema. I molteplici attori coinvolti nel sistema possono avere ruoli, interessi e problemi differenti. Fra i fattori che complicano l'integrazione a questo riguardo si possono citare: le differenze di legislazione e delle fonti di finanziamento; il contesto sociale, politico ed economico; le differenze di procedure ai diversi livelli del sistema. La mancata condivisione del quadro di contesto rende più difficile l'integrazione;
- L'assenza di responsabilità. Nelle esperienze italiane (ma anche europee), di norma, la responsabilità globale dei servizi integrati socio-sanitari non è affidata ad alcun attore particolare, e neppure quella sui risultati. Questo costituisce un ostacolo alla presa delle decisioni e alla loro realizzazione.
- Il ruolo preponderante dell'offerta. Nonostante la centralità teorica affidata ai bisogni degli utenti, le prassi sono ancora fortemente condizionate dall'offerta e dagli interessi dei fornitori;
- Le risorse umane formate per l'integrazione. I servizi integrati richiedono nuovi tipi di professionisti (per la gestione individualizzata dei servizi, ad esempio il case manager) e la disponibilità di équipes inter-professionali. La penuria di personale e la scarsa attenzione alla formazione necessaria per le nuove modalità operative possono frenare la realizzazione delle cure integrate.
- L'integrazione diventa il fine in sé stessa. L'integrazione sarà sostenuta nella misura in cui porta a risultati migliori per gli utenti. Tutti i soggetti istituzionali devono percepire i vantaggi dell'integrazione, anche per la loro organizzazione. Se questi elementi si renderanno evidenti l'integrazione troverà il sostegno necessario viceversa troverà resistenze ai vari livelli.

9. Dieci piccole proposte per l'integrazione socio-sanitaria

Se questo è il quadro all'interno del quale operiamo, quali sono i reali strumenti e le logiche che occorre rilanciare per sviluppare l'integrazione? Occorre ripensare ad una strategia complessiva che intervenga sulle cause che l'hanno ostacolata sinora. A questo proposito si propongono dieci piccole regole o proposte che, se applicate potrebbero aiutare di molto lo sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria.



1. Le regioni stabiliscono le regole dell'integrazione socio-sanitaria.

Le norme statali hanno identificato le prestazioni socio-sanitarie, hanno stabilito la ripartizione dei costi fra il sociale e il sanitario (DPCM 29/11/2001) ed hanno affidato l'organizzazione dell'area socio-sanitaria alle regioni. Successivamente, solo 8 regioni hanno definito le regole dell'integrazione e ripartito i costi fra i vari soggetti, recependo integralmente anche se con modificazioni il DPCM 29/11/2001. Le altre hanno preso dei provvedimenti settoriali ed incompleti. Senza le regole non si creano le condizioni per lo sviluppo locale dell'integrazione sociosanitaria. Occorre pertanto sollecitare le regioni inadempienti a definire correttamente le norme per l'organizzazione e la promozione dell'integrazione socio-sanitaria. Sul fronte nazionale, l'inserimento auspicabile di norme più stringenti relative ai processi di assistenza integrata nei Livelli Essenziali di Assistenza potrebbe garantire risultati migliori in tutto il territorio nazionale.

2. Le regioni devono coinvolgere gli enti locali nella definizione dei criteri per l'integrazione.

La regolazione sociosanitaria delle regioni ha un impatto organizzativo e finanziario anche sui comuni. La modifica del titolo V° della Costituzione ci consegna un sistema delle autonomie assai rafforzato. Per la prima volta la Carta costituzionale pone sullo stesso piano istituzionale comuni, province, città metropolitane e regioni. La normativa regionale sull'integrazione socio-sanitaria non può calare dall'alto senza prima aver raggiunto un livello alto di discussione con i comuni ed un livello sufficiente di coinvolgimento e di condivisione con gli stessi. Questo proprio per evitare che una norma subita e non condivisa induca gli stessi comuni a non sostenere lo sviluppo di nuovi servizi.

3. Gli incentivi finanziari sono gli strumenti più potenti per implementare l'integrazione socio-sanitaria.

Le regioni italiane, che hanno la competenza normativa per regolare l'integrazione socio-sanitaria, utilizzano generalmente i Piani e gli atti normativi per promuovere l'integrazione. Questi strumenti, da soli, si sono dimostrati insufficienti perché si sono scontrati, senza la dovuta forza, con l'autonomia degli enti che dovevano attuarli. Occorre aggiungere un altro strumento, di solito più efficace nel superare le resistenze opportunistiche, che è la leva finanziaria.

La separazione delle prestazioni sanitarie erogate dalle aziende sanitarie e delle prestazioni sociali erogate dagli enti locali, finanziate da due diversi settori regionali (anche laddove erano ricomprese all'interno di un unico assessorato), non hanno mai indotto le stesse regioni ad incentivare con erogazioni finanziarie le politiche di integrazione. Spesso proprio a causa della mancata integrazione fra le stesse politiche sociali e sanitarie all'interno dell'ente regionale. La gestione della spesa per compartimenti stagni fa il resto. La molla finanziaria non è mai stata utilizzata in Italia per sviluppare l'integrazione socio-sanitaria. Eppure questa strada, in epoca di federalismo, in una realtà



sociale ed istituzionale assai complessa e frammentata risulta essere lo strumento più efficace per implementare politiche che sinora hanno fallito. La regione deve quindi creare le condizioni perché ci siano delle convenienze economiche (maggiori risorse per esempio) nello sposare la causa dell'integrazione socio-sanitaria. E' questo il modo migliore per coinvolgere enti locali ed aziende sanitarie.

4. L'integrazione si realizza a livello di ambito territoriale sociale coincidente con i distretti sanitari.

L'integrazione socio-sanitaria ha bisogno di un territorio che necessariamente dovrebbe essere lo stesso per la sanità e il sociale. Le due territorializzazioni, come è noto, sono avvenute in tempi diversi. I distretti sanitari si sono realizzati negli anni '80 mentre, in applicazione della L. 328/00, le Regioni hanno provveduto a ripartire il territorio regionale in ambiti sociali territoriali nell'ultimo decennio. La necessità di garantire una rete di servizi assistenziali completa ed organica in un tessuto sociale fatto di tanti comuni di piccole e medie dimensioni, la necessità di utilizzare in modo ottimale risorse spesso insufficienti e soprattutto l'obbligo di garantire a tutti i cittadini le stesse possibilità di accesso alle prestazioni assistenziali rende indispensabile il passaggio ad una pianificazione ed organizzazione intercomunale dei servizi sociali.

L'integrazione socio-sanitaria si può sviluppare e crescere solo se il territorio di riferimento dell'ambito sociale e del distretto sanitario coincidono. In questo modo coincidono anche i livelli di pianificazione, il livello operativo di integrazione dei servizi e tutti i comuni possono avere rappresentanza.

Come è noto, attualmente, la coincidenza si registra solo nell'80% dei distretti sanitari/ambiti sociali italiani.

5. L'integrazione si realizza se gli strumenti di programmazione locale dei comuni e del distretto sanitario perseguono la medesima strategia.

I principali strumenti di integrazione a livello locale sono costituiti dai Programmi delle attività territoriali (PAT) dei distretti sanitari e dai Piani sociali di zona (PdZ) dei comuni. Affinché l'integrazione socio-sanitaria possa funzionare efficacemente è necessario garantire unitarietà al processo programmatico rendendo omogenee le scelte previste dal Programma delle attività territoriali (art. 3 quater d.lgs. 229/99) che deve fare il distretto sanitario e dal Piano sociale di di zona (art. 19 L. 328/2000) che devono fare i comuni.

Occorre, in sostanza, rendere unitario il processo del programma delle attività territoriali (PAT) con il piano sociale di zona (PDZ).

Il programma delle attività territoriali è il piano di salute distrettuale in cui sono definiti i bisogni prioritari e gli interventi di natura sanitaria e socio-sanitaria necessari per affrontarli. Allo stesso



tempo il Piano di zona è lo strumento per definire le strategie di risposta ai bisogni sociali e socio-sanitari. Tutti i due i piani hanno una parte piuttosto vasta che si occupa della attività socio-sanitarie. E' pertanto necessario che i due strumenti siano gestiti all'interno di un'unica strategia programmatica, attuata in modo collaborativo tra azienda sanitaria ed enti locali, finalizzata alla promozione e alla tutela della salute delle persone e delle famiglie. In sostanza è necessario che le parti socio-sanitarie dei due piani coincidano e pertanto siano il frutto di un percorso condiviso. Per il raggiungimento di questo obiettivo un ruolo significativo deve essere svolto dagli organi di indirizzo politico come la Conferenza dei Sindaci e il Comitato dei sindaci di distretto.

A livello di singoli servizi può essere molto utile, per l'efficacia dell'integrazione, la progettazione congiunta degli stessi (definizione analitica dei contenuti della prestazione, definizione e selezione degli utenti, scelta della modalità di erogazione, politiche tariffarie, ecc.).

6. L'integrazione si realizza se la valutazione dei bisogni e la definizione del percorso assistenziale vengono effettuate in modo congiunto dalla ASL e dal comune.

Gli organismi di valutazione (UVM) che decidono l'assistenza integrata devono veder rappresentati i due enti (Comune e ASL).

L'Unità di Valutazione Multidimensionale, che nelle varie Regioni assume varie terminologie, costituisce l'anello operativo strategico locale per l'accesso al sistema dei servizi socio-sanitari di natura domiciliare, semiresidenziale e residenziale. La valutazione multidimensionale ovvero l'analisi dettagliata dei problemi e dei bisogni che presenta il caso è effettuata da un team multiprofessionale con competenze sanitarie e sociali in grado di leggere le esigenze di pazienti con bisogni sanitari e sociali complessi per poi predisporre il Piano assistenziale individualizzato (PAI). Tutte le Regioni hanno scelto questa modalità di valutazione dei bisogni per l'accesso alle prestazioni ma non tutte le Regioni hanno previsto una composizione dell'unità di valutazione che vede la presenza sia della ASL che dell'Ambito sociale (o del comune) nonostante questa presenza sia decisiva ai fini dell'efficacia dell'integrazione.

L'integrazione si realizza ed è più efficace se c'è la responsabilizzazione e la partecipazione diretta di tutti gli enti coinvolti. E' del tutto evidente che quando si decidono i servizi da erogare ad un assistito, servizi che possono essere sociali e/o sanitari, la decisione deve essere presa da una équipe che deve avere due caratteristiche:

- deve essere multidisciplinare in modo da poter disporre dei professionisti in grado di fare una valutazione multidimensionale (comprensiva degli aspetti sanitari e sociali);
- deve veder rappresentati tutti gli enti tenuti poi ad erogare materialmente le prestazioni.

Se non si realizza questo ci sarà sempre qualcuno che vedrà con sospetto chi cerca di disporre delle risorse altrui e le cose non funzioneranno.



Naturalmente, tutti i soggetti che partecipano alla valutazione dell'utenza e alla definizione dei percorsi assistenziali deve disporre della potestà di decidere l'utilizzo delle risorse del proprio ente nei limiti dei vincoli e delle indicazioni ricevute altrimenti la partecipazione è sostanzialmente inutile.

7. Quando le prestazioni erogate agli utenti dipendono da due enti diversi occorre che qualcuno si assuma la responsabilità di coordinare gli interventi.

Uno dei motivi che non hanno permesso lo sviluppo dell'integrazione sociosanitaria è stata l'assenza della definizione di un livello di responsabilità nella gestione unitaria dei diversi interventi. Quando sono più soggetti e/o più enti ad intervenire per una stessa persona l'efficacia e la funzionalità dell'intervento sono determinati dalla presenza o meno di un coordinatore dell'intervento integrato.

In presenza di prestazioni complesse ed integrate, occorre nominare il case manager per ogni assistito con il compito di coordinare gli interventi, valutarne gli effetti, proporre aggiustamenti, rapportarsi con l'assistito e la sua famiglia.

Il case manager, è molto importante per il funzionamento dell'integrazione, perché:

- segue le diverse fasi attuative del Pai,
- coordina le risorse,
- garantisce l'integrazione degli interventi sociali e sanitari,
- è garante della continuità dei rapporti con la persona e la famiglia (è il punto di riferimento per la famiglia),
- valuta l'efficacia degli interventi,
- propone all'Unità valutativa l'eventuale modificazione del PAI.

E' indispensabile che il Case manager sia riconosciuto da tutti gli attori in gioco per cui anche le procedure per la sua identificazione devono essere congiunte o condivise.

Possono essere infermieri, MMG o assistenti sociali, ecc.

Questo intervento micro non è sufficiente a risolvere il problema delle responsabilità che va affrontato anche a livello macro. In altre parole tutta la strategia e l'organizzazione dell'integrazione sociosanitaria da sviluppare a livello di distretto sanitario/ambito sociale deve avere un responsabile che coordina una cabina di regia che veda presente la dirigenza del distretto e dell'ambito sociale/comuni. La responsabilità dell'integrazione va però individuata in una unica persona anche a rotazione periodica fra mondo sanitario e mondo sociale. Il responsabile dell'integrazione di distretto/ambito risponde di questo incarico e dei risultati prodotti.



8. L'integrazione professionale per funzionare ha bisogno di un Sistema informativo integrato a cui possano accedere sia gli operatori sanitari che quelli sociali. Senza il sistema informativo integrato si riduce l'efficacia dell'integrazione ed alcuni strumenti decisivi come la Porta unica di accesso (PUA), come la valutazione multidimensionale e la gestione del Piano assistenziale individualizzato non potranno funzionare a dovere.

9. Gli accordi fra comuni e azienda sanitaria sull'integrazione socio-sanitaria devono ricercare elevati livelli di analiticità.

Oggi, in Italia, l'integrazione socio-sanitaria è regolata da accordi (deleghe, convenzioni, ecc.) fra ASL e comuni. Molti di questi accordi presentano delle evidenti criticità soprattutto a causa della committenza assente o carente, della responsabilizzazione debole e della genericità operativa.

Nel caso della delega, il rischio concreto è che il committente e cioè il comune deleghi i servizi e si disinteressi dei suoi esiti, perché magari la stessa delega non ha previsto gli strumenti per esercitare la funzione di controllo e di programmazione.

Negli accordi di coordinamento ed integrazione delle attività, invece, non vengono quasi mai definite le prestazioni erogate e i loro volumi, gli utenti serviti e i relativi obiettivi.

L'integrazione socio-sanitaria si realizza se si fonda su un elevato livello di integrazione gestionale fra comuni e azienda sanitaria. Integrazione gestionale significa che a livello di distretto sanitario/ambito sociale occorre individuare la configurazione organizzativa e i meccanismi di coordinamento atti a garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni integrate. Occorre in sostanza definire chi fa che cosa, come e con quali risorse con specifico riferimento ai singoli processi assistenziali e alle singole prestazioni.

L'esperienza ha dimostrato che non è difficile trovare l'accordo per la stipula di un protocollo d'intesa sull'integrazione ma ha anche dimostrato che se questo ha contenuti generici non aiuta a fare passi in avanti in direzione dell'integrazione.

Gli accordi fra azienda sanitaria e comuni, pertanto, devono saper affrontare i nodi dell'integrazione:

- prevedendo strumenti per un ruolo attivo della committenza o dei soggetti partner che viene esercitato costantemente controllando, programmando, valutando l'appropriatezza e l'efficienza delle prestazioni;
- prevedendo contenuti che devono temperare il livello politico con quello programmatorio e quello operativo. Ognuno dei tre livelli è necessario per rendere operativi gli altri due. In altri termini alla volontà politica di collaborare deve seguire la programmazione dei volumi, delle prestazioni da erogare e la suddivisione degli oneri finanziari;
- ricercando livelli crescenti di analiticità nella definizione dei rapporti, soprattutto nella gestione operativa.



Tutto questo nella consapevolezza che l'individuazione di punti di riferimento chiari costituisce il presupposto per motivare le singole istituzioni a perseguire senza equivoci l'integrazione socio-sanitaria.

10. Superare le barriere culturali: promuovere il lavoro congiunto e il lavoro in équipe.

Chiunque ha lavorato in gruppi misti costituiti da medici, operatori sanitari e sociali conosce le diversità culturali e le divisioni gerarchiche presenti in queste professioni. Queste rigidità non sono immutabili perché sono il portato di una differente formazione e di differenti ruoli ed obiettivi. Spesso si risolvono da sole con il confronto e l'abitudine al lavoro integrato.

Quando questo non si realizza occorre spingere con forza su un percorso formativo comune che prepari e sostenga il lavoro congiunto e il lavoro in équipe e ne faccia comprendere i vantaggi.