

a basso reddito, e della loro distribuzione ineguale, in quelli a medio reddito, questi interventi non raggiungono i più poveri: serve quindi una strategia d'urto basata su investimenti massicci nei sistemi sanitari dei paesi poveri e nei beni pubblici globali, che costituisce, di fatto, anche una strategia per la riduzione della povertà e per lo sviluppo economico.

Sia i governi dei paesi poveri sia quelli dei paesi ricchi sono chiamati ad impegnarsi a mettere a disposizione le risorse necessarie per finanziare la salute dei più poveri: i governi dei paesi poveri hanno un ruolo centrale nel finanziamento dei sistemi sanitari e, quindi, devono rivedere le priorità di spesa per aumentare la quota della ricchezza nazionale destinata alla salute e migliorare l'efficienza del settore pubblico; quelli dei paesi ricchi devono rivedere le priorità negli interventi internazionali allo sviluppo e triplicare le risorse finanziarie attualmente investite nel miglioramento della salute dei più poveri.

I sistemi sanitari dei paesi poveri devono essere rafforzati soprattutto nel livello territoriale, dove effettivamente vengono erogate le prestazioni, per facilitare l'accesso alle cure ai più poveri. Per il finanziamento dei servizi sanitari, è necessaria una maggiore diffusione di sistemi basati sulla ripartizione del rischio di malattia fra i cittadini, a discapito dei pagamenti *out of pocket*. Inoltre, i sistemi basati sulle *user fees*, per anni considerati, soprattutto da parte delle istituzioni finanziarie internazionali, l'unica soluzione possibile per finanziare la sanità dei paesi poveri, devono essere sostituiti poiché si sono dimostrati inefficienti e iniqui.

Potenzialmente, quindi, il rapporto MH costituisce la premessa di un cambiamento radicale nelle strategie di sviluppo economico dei paesi poveri e negli aiuti internazionali allo sviluppo, dopo le politiche sostenute negli anni '90 dalle istituzioni finanziarie internazionali, prevalentemente la Banca mondiale e il Fondo monetario internazionale, che hanno favorito lo smantellamento dei sistemi sanitari dei paesi poveri.

Bibliografia

Oms, *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*, Who, Geneva, 2001.

Il testo è disponibile in inglese, francese e spagnolo, a partire da questo indirizzo:

<http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=whosis,cmh&language=english>

Dalla I. 328/00 a oggi

LA TERZA PARTE DI QUESTA ANALISI DI PAOLO FERRARIO (VEDI ANCHE PSS 3/02 E 6/02) ANALIZZA IL PROBLEMA DEI CONFINI AMMINISTRATIVI TRA I SETTORI SOCIALE, SANITARIO E SOCIOSANITARIO, SOFFERMANDOSI, IN PARTICOLARE, SULL'INTRODUZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DELLE PRESTAZIONI.

Paolo Ferrario

Docente di Politica sociale

INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA E DISTRIBUZIONE DELLA SPESA FRA COMUNI E ASL

Il problema dei confini amministrativi tra i settori sociale, sanitario e sociosanitario è cruciale per il funzionamento dei servizi alle persone. I bisogni e la domanda si presentano tendenzialmente in modo unitario, mentre le risposte dipendono dalla distribuzione delle competenze fra gli enti. Quando nei territori si affrontano i problemi della progettazione dei servizi, vengono subito alla luce una serie di nodi critici tra cui: l'estensione e diversificazione dei bisogni, la sempre maggiore complessità del sistema d'offerta e degli interventi, la crescita di unità di offerta molto differenziate fra loro e diversamente finanziate, le difficoltà amministrative e organizzative a connettere le funzioni di gestione con quelle di programmazione.

Le politiche istituzionali e organizzative che si è soliti riassumere nelle parole "integrazione sociosanitaria"¹ hanno alla loro base la situazione strutturale e strategica appena delineata. L'azione dell'"integrare" rimanda ad un'idea di completezza e compattezza delle risposte di servizio che presenta varie criticità dovute soprattutto al fatto che diventa sempre più difficile far stare insieme enti e organizzazioni che operano con strumenti di regolazione molto specifici. Negli anni '70 si era manifestata un'idea di integrazione riassumibile nel modello "unico ente gestore dei servizi alla persona". Basti ricordare che le "vecchie" unità sanitarie locali erano amministrate dai Comuni e che a questi ultimi dovevano essere anche ricondotte le competenze

delle Ipb (istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza) ed anche di alcuni nazionali.

L'attuale quadro istituzionale presenta una configurazione del tutto diversa: elevatissimo pluralismo dell'offerta e conseguente necessità di ricondurre tutte le strategie settoriali delle singole componenti del sistema a obiettivi comuni. Gli "accordi di programma"² e i "Piani di zona" rispondono a questa esigenza.³ Oggi, infatti, le politiche dell'integrazione vanno associate a vari processi fra loro intrecciati:

- l'estensione organizzativa e professionale degli enti che producono servizi;
- la regolazione dei vari settori di cui si compone il sistema (sanità, servizi sociali, servizi pubblici, servizi del terzi settore, servizi privati);
- le connessioni fra gli enti e le loro relazioni con i vari portatori di interesse.

In prospettiva storica, le politiche legislative dell'integrazione sociosanitaria possono essere distinte nelle seguenti fasi: 1. distinzione dei flussi di spesa (sanitaria, sociale e sociosanitaria); 2. elaborazione di indirizzi programmatici per favorire l'integrazione; 3. ulteriori distinzioni fra flussi di spesa (sanitaria a rilevanza sociale, sociale a rilevanza sanitaria, sociosanitaria a elevata integrazione sanitaria); 4. indirizzi per la distribuzione della spesa sanitaria e sociale; 5. prima regolamentazione dei "Livelli essenziali di assistenza sanitaria".

È da riferire agli anni '80 una prima azione normativa di separazione della spesa in base ai seguenti principi:⁴

- le prestazioni socio-assistenziali sono a carico dei Comuni, ma possono

anche essere gestite dalle (allora) Unità sanitarie locali: la formula organizzativa della gestione delegata dei servizi sociali alle Asl si basa su questo principio economico-finanziario;⁵

- le attività di rilievo sanitario connesse a quelle socio-assistenziali sono a carico del Fondo sanitario nazionale.

Il processo di netta distinzione istituzionale, organizzativa e funzionale fra sistema sanitario e sistema dei servizi sociali ha le sue radici in quel periodo ed in quella regolamentazione. Tutte le attività amministrative successive si sono rigorosamente svolte nel quadro di quei vincoli.

Un altro momento chiave successivo è individuabile nell'identificazione programmatica dei tre livelli dell'integrazione sociosanitaria:⁶

- istituzionale, intesa come "necessità di promuovere collaborazioni fra istituzioni diverse (azienda sanitarie, amministrazioni comunali, ecc.) che si organizzano per conseguire obiettivi di salute";

- gestionale, riferita alle strutture ed ai processi operativi e che si "manifesta in modo unitario nel distretto e in modo specifico nei diversi servizi che lo compongono";

- professionale, riferita all'esercizio dei compiti tecnico-operativi dei professionisti che agiscono nel mondo dei servizi e che è "correlata all'adozione di profili aziendali e linee guida finalizzate a orientare il lavoro professionale".

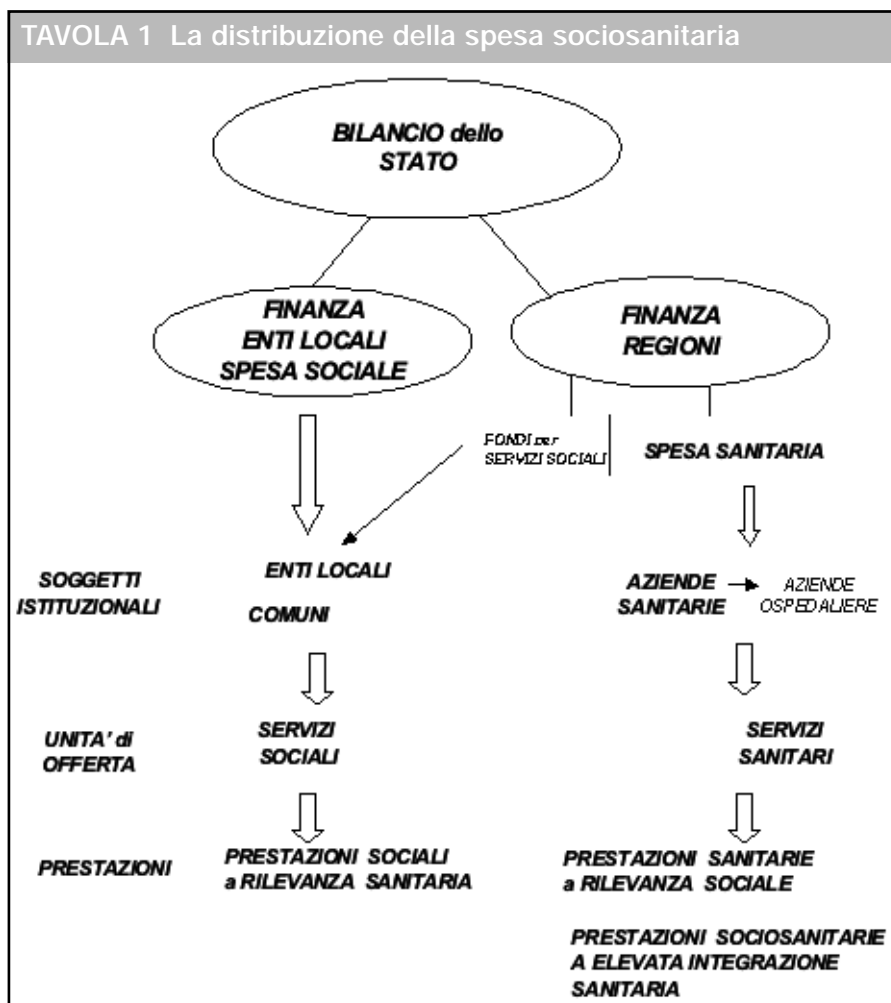
L'atto di indirizzo sull'integrazione sociosanitaria

Questo processo di articolazione istituzionale, determinato fortemente dalle politiche di regolazione della spesa, diventa ancora più chiaro nell'ulteriore fase della separazione dei flussi finanziari, quando si consolida ulteriormente l'identificazione amministrativa delle diverse prestazioni di competenza del sistema sanitario e di quello dei servizi sociali.

Nelle riforme amministrative della sanità vengono analiticamente distinte le seguenti tipologie di servizi:⁷

- prestazioni sanitarie a rilevanza sociale: finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;
- prestazioni sociali a rilevanza sanitaria: attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persone in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute;
- prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria: caratteriz-

TAVOLA 1 La distribuzione della spesa sociosanitaria



zate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria che attengono alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenti da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da Hiv e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

Con la tavola 1, si fornisce una rappresentazione visiva della distribuzione dei flussi di finanziamento dei servizi sociosanitari.

Nel quadro di queste regole istituzionali le risorse finanziarie disponibili per i servizi sono riconducibili a queste fonti:

- fondi regionali, costituiti da:
 - fondi sociali: composti dalle risorse autonome delle Regioni e dalle risorse trasferite ad esse dallo Stato,
 - fondi sociosanitari regionali: quote dei fondi sanitari destinati ai servizi sociosanitari integrati,
 - fondi sanitari trasferiti alle Asl;
- risorse comunali;
- rette e tariffe a carico degli utenti.

I Comuni finanziano i propri servizi sociali con i fondi regionali, che ricevono direttamente o tramite le Asl, con le proprie risorse e con le tariffe pagate dagli utenti. Quindi le loro politiche

finanziarie dipendono in modo significativo anche dall'entità e dalla distribuzione della spesa regionale.

La più recente fase di sviluppo di queste politiche di distribuzione della spesa è da riferire all'atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie.⁸ Questa azione amministrativa tende a favorire le connessioni fra servizi sanitari e servizi

Note

1 I precedenti articoli sono stati pubblicati in *Prospettive sociali e sanitarie* n. 3 e 6 2002.

2 Decreto Legislativo n. 267/00, art. 34.

3 Si veda il primo di questa serie di articoli pubblicato in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 3, 2002.

4 Legge n. 730/83 art. 30; Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 8-8-1985. Sull'argomento si rimanda a: Ferrario P., "Spesa sociosanitaria ed integrazione dei servizi: alcuni casi regionali", *Prospettive sociali e sanitarie*, 3/4, 1987; De Gani L., "Lo stato della normativa legislativa e programmatica in materia di integrazione sociosanitaria: possibili linee di sviluppo", *Politiche sociali e servizi*, 1, 1999, pp. 47-58. Per una ricostruzione più recente, si veda: Corcione A., "L'integrazione tra sociale e sanitario: possibilità e vincoli", in Calza Bini P. (a cura di), *Lo stato sociale in Italia: rapporto annuale Iridiss-Cnr 2000/2001*, Donzelli, Roma, 2001, pp. 321-367.

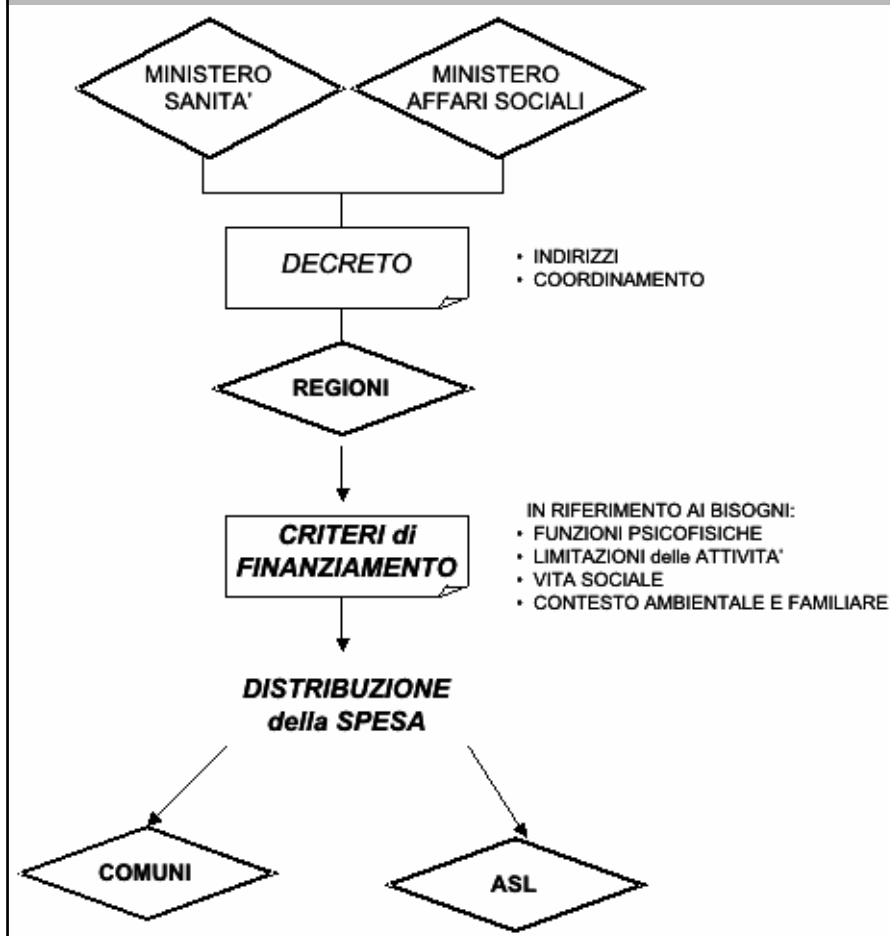
5 Decreto Legislativo n. 502/92 con le modifiche apportate dal Dlgs n. 229/99, art. 3, comma 3.

6 Decreto del Presidente della Repubblica 23-7-1998, approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000.

7 Decreto Legislativo n. 502/92 con le modifiche apportate dal Dlgs n. 229/1999 art. 3-septies.

8 Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14-2-2001.

TAVOLA 2 Atto di indirizzo sul finanziamento delle prestazioni sociosanitarie



sociali, anche se questo avviene in una obiettiva situazione di tensione fra i due sistemi, come sopra si è accennato.

La tavola 2 presenta un'immagine del significato economico e operativo del decreto.

In termini più analitici, si possono indicare i seguenti punti chiave del decreto:

- tipologia della domanda sociosanitaria: persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali;
- criteri per la definizione delle prestazioni sociosanitarie:
 - natura del bisogno (funzioni psicofisiche; attività del soggetto e sue limitazioni; modalità di partecipazione alla vita sociale; fattori ambientali e familiari che incidono nella risposta al bisogno),
 - complessità dell'intervento assistenziale (fattori professionali e di altra natura impiegati e loro articolazione nel progetto personalizzato),
 - intensità e durata dell'intervento assistenziale, distinguendo:
 - la fase intensiva (impegno riabili-

tativo specialistico di tipo diagnostico e terapeutico, di elevata complessità e di durata breve e definita, con modalità operative residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari),

- la fase estensiva (minore intensità terapeutica, tale comunque da richiedere una presa in carico specifica a fronte di un programma assistenziale di medio o prolungato periodo),
- la fase di lungo assistenza (per mantenere l'autonomia funzionale possibile e rallentare il suo deterioramento, nonché per favorire la partecipazione alla vita sociale, anche attraverso percorsi educativi).

Nella ripartizione delle risorse dei loro fondi sanitari le regioni italiane terranno conto dei suddetti criteri di finanziamento. La tavola 3 espone in sintesi questo complicato tentativo di individuare le responsabilità del sistema delle Asl e di quello dei Comuni.

In questo decreto è apprezzabile il tentativo di attribuire il costo di alcune funzioni sociosanitarie al bilancio sanitario. Tuttavia, la tendenza emergente è quella della accentuata specializzazione funzionale: al

sistema sanitario le cure in fase "intensiva"; alle istituzioni sociosanitarie le cure riabilitative e a decorso cronico; ai servizi sociali comunali le azioni di inserimento sociale ed un crescente concorso ai costi di esercizio delle funzioni.

I Livelli essenziali di assistenza

La più recente fase di sviluppo delle politiche dell'integrazione sociosanitaria è individuabile nella identificazione dei livelli essenziali delle prestazioni (Lea). Con tale terminologia si intendono le prestazioni, definite nei loro aspetti quantitativi e qualitativi, che devono essere garantite su tutto il territorio nazionale. Questo principio regolatore delle politiche di governo del sistema dei servizi è entrato a far parte del nostro sistema giuridico in seguito a queste azioni di politica legislativa:

sistema sanitario: individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza sanitaria assicurati dal Servizio sanitario nazionale, per il periodo di validità del Piano sanitario nazionale.⁹ Rappresentano lo standard minimo di prestazioni che sono un diritto di tutti i cittadini e la loro definizione risente fortemente della transizione verso un sistema sanitario basato sulle responsabilità condivise tra Stato e Regioni;

- sistema dei servizi sociali: individuazione degli interventi che costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi. Questi livelli di offerta devono essere sviluppati "ferme restando le competenze del Servizio sanitario nazionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione, nonché le disposizioni in materia di integrazione sociosanitaria";¹⁰
- riforma costituzionale del 2001 dove stabilisce il principio che rimangono allo Stato le competenze per i "livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale".¹¹

Il tema di fondo di questa regolazione legislativa ed amministrativa è abbastanza chiaro: si tratta di distribuire le responsabilità di spesa fra i vari livelli del nostro ordinamento istituzionale. Ma anche le conseguenze sono piuttosto chiare: più livelli di prestazione saranno finanziati dal Fondo sanitario, meno oneri deriveranno al sistema dei Comuni, che potrebbero rivalersi sugli utenti per coprire il costo dei servizi. Viceversa meno attività saranno riconosciute dal sistema sanitario, più oneri ricadranno sui Comuni e quindi sui cittadini in stato di bisogno.

TAVOLA 3 Prestazioni sociosanitarie: distribuzione della spesa in rapporto alle aree problematiche di bisogno

Area problematica	a carico del Ssn	a carico dei Comuni	distribuita fra Asl e Comuni
Famiglia e minori	<ul style="list-style-type: none"> - assistenza nei Consultori familiari - assistenza per l'interruzione volontaria di gravidanza - prestazioni a minori e famiglie per adozioni e affidi - prevenzione, assistenza e recupero psicoterapico dei minori vittime di abusi 	<ul style="list-style-type: none"> - supporto sociale ed educativo alle famiglie; supporto educativo domiciliare ai minori; indagini sociali sulle famiglie - accoglienza in comunità educative o familiari 	
Disabili	<ul style="list-style-type: none"> - prestazioni diagnostiche, riabilitative e di consulenza specialistica - assistenza in fase intensiva e prestazioni ad elevata integrazione nella fase estensiva per recupero funzionale e sociale per soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali - accoglienza in strutture terapeutiche per minori affetti da disturbi comportamentali o patologie di interesse neuropsichiatrico 	<ul style="list-style-type: none"> - assistenza sociale, scolastica ed educativa; inserimento sociale e lavorativo 	<ul style="list-style-type: none"> - assistenza in strutture semiresidenziali e residenziali per disabili gravi, in strutture accreditate (70% alle Asl, 30% ai Comuni e compartecipazione al costo da parte degli utenti) - assistenza ai disabili gravi privi di sostegno familiare in servizi di residenza permanente (40% Asl, 60% Comuni e compartecipazione al costo da parte degli utenti)
Anziani e persone non autosufficienti con patologie croniche	<ul style="list-style-type: none"> - assistenza in fase intensiva e prestazioni ad elevata integrazione nella fase estensiva - prestazioni a domicilio di medicina generale, specialistica e di assistenza infermieristica e di riabilitazione 	<ul style="list-style-type: none"> - aiuto domestico e familiare 	<ul style="list-style-type: none"> - attività di lungo assistenza semiresidenziale e residenziali (50% Asl a copertura dei costi sanitari e di parte dei costi tutelari; 50% Comuni per l'assistenza tutelare e alberghiera e compartecipazione al costo da parte degli utenti)
Dipendenze da droga, alcool e farmaci	<ul style="list-style-type: none"> - prestazioni terapeutico riabilitative; trattamenti specialistici; periodo di disassuefazione in comunità terapeutica 	<ul style="list-style-type: none"> - reinserimento sociale e lavorativo 	
Patologie psichiatriche	<ul style="list-style-type: none"> - prestazioni terapeutiche e riabilitative ambulatoriali, domiciliari, semiresidenziali e residenziali 		<ul style="list-style-type: none"> - accoglienza in strutture a bassa intensità assistenziale e programmi di reinserimento lavorativo. Ripartizione della spesa secondo quote fissate dalle regioni, prevedendo quote minime di concorso fra il 30 e 70% e compartecipazione al costo da parte degli utenti
Patologie da Hiv	<ul style="list-style-type: none"> - cura e trattamenti farmacologici particolari - fase intensiva ed estensiva delle cure residenziali 	<ul style="list-style-type: none"> - eventuali programmi di reinserimento sociale e lavorativo 	<ul style="list-style-type: none"> - ripartizione della spesa fra Asl e Comuni, in misura non inferiore al 30% per ognuno, nella fase di lungoassistenza
Pazienti terminali	<ul style="list-style-type: none"> - prestazioni e trattamenti palliativi ambulatoriali, domiciliari, semi-residenziali e residenziali 		

Nell'attuale situazione storica le politiche di integrazione sociosanitaria consistono nell'elaborazione di azioni organizzative e professionali orientate a coordinare e connettere lo sviluppo dei servizi sociali comunali e l'assistenza sanitaria e sociosanitaria delle Asl. Osserva in proposito Tiziano Vecchiato: "serve pertanto una capacità organica di lettura dei cambiamenti in atto, per meglio riconoscere e utilizzare i risultati delle riforme, che, negli

ultimi anni, hanno provocato profonde modificazioni nella legislazione, che quindi dovrebbero essere riconoscibili anche nell'assetto dei servizi, nella gestione integrata delle responsabilità, nelle soluzioni organizzative e negli approcci professionali per dare risposte più efficaci ai bisogni".¹²

Per quanto riguarda i livelli essenziali dei servizi sociali, la legislazione¹³ propone azioni programmatiche e gestionali riassumibili nella tavola 4.

Nel settore sanitario ha preso avvio la definizione dei Livelli essenziali di assistenza sanitaria (sintetizzati nella nuova sigla Leas).¹⁴ Si tratta di un atto

Note

9 Decreto Legislativo n. 502/92, art. 1 comma 3.

10 Legge n. 328/00 art. 22.

11 Art. 117 della Costituzione della Repubblica, come modificato dalla Legge costituzionale n. 3/01.

12 Vecchiato T., "L'integrazione sociosanitaria nella Legge n. 328/2000", *Studi Zancan, Politiche e servizi alle persone*, 2, 2001, pp. 116-117.

13 Legge n. 328/00 art. 22, comma 2 e comma 4.

TAVOLA 4 Servizi sociali: livelli assistenziali essenziali	
Prestazioni sociali	Tipologie di servizi da garantire negli ambiti territoriali
<ul style="list-style-type: none"> - misure di contrasto della povertà e sostegno del reddito - misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio dei totalmente dipendenti - interventi di sostegno ai minori in situazioni di disagio tramite sostegni ai nuclei familiari ed inserimento presso famiglie e strutture comunitarie di accoglienza - sostegno alle responsabilità familiari - sostegno alle donne in difficoltà - integrazione delle persone disabili - interventi per le persone anziane e disabili orientate a: permanenza al domicilio; inserimento presso famiglie e strutture comunitarie; accoglienza e socializzazione in strutture residenziali e semi-residenziali - contrasto delle dipendenze (droghe, alcool, farmaci) - promozione di iniziative di auto aiuto 	<ul style="list-style-type: none"> - servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari - servizio di pronto intervento sociale per situazioni di emergenza personali e familiari - assistenza domiciliare - strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali - centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario

normativo molto complesso e con varie conseguenze nello sviluppo dei servizi sanitari e sociosanitari. Le regole di funzionamento possono essere così sintetizzate:

- individuazione dei criteri per l'esclusione o limitazione delle prestazioni da erogare: a) non rispondenza a necessità assistenziali essenziali e tutelate dal Servizio sanitario nazionale; b) efficacia non scientificamente dimostrabile e loro appropriatezza (utilizzazione rivolta a soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate); c) economicità (prestazioni che rispetto ad altre forme di intervento, per le stesse esigenze e a parità di risultato, sono più costose);
- individuazione dei Leas assicurati dal Servizio sanitario nazionale attraverso le risorse del Fondo sanitario e la partecipazione alla spesa da parte degli utenti. Queste prestazioni sono classificate in nelle seguenti tre macroaree operative: ambienti di vita e di lavoro; assistenza distrettuale (ulteriormente articolata in: sanitaria di base, emergenza sanitaria, integrativa, specialistica ambulatoriale, protesica, territoriale residenziale e semiresidenziale; termale); assistenza ospedaliera. Inoltre, nell'ambito delle tre macroaree precedenti è inclusa l'assistenza specifica a particolari categorie di cittadini: invalidi, affetti da malattie rare, affetti da fibrosi cistica, neuropatici cronici in dialisi, diabetici, hanseniani, residenti italiani autorizzati alle cure all'estero;
- identificazione dei servizi e delle prestazioni totalmente escluse dai Leas e quindi non più erogabili a carico del

Servizio sanitario nazionale. È una scelta che ha creato disagi soprattutto fra utenti bisognosi di riabilitazione, in quanto rientrano in questa categoria alcune prestazioni di medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale (fra cui: idromassoterapia, massoterapie distrettuali riflessogene, ultrasuonoterapia, trazione scheletrica, laserterapia antalgica, mesoterapia, ecc.);

- prestazioni parzialmente escluse dai Leas, ma erogabili a carico dei Servizi sanitari regionali solo per specifiche indicazioni cliniche. Fra queste vanno ricordate le prestazioni di medicina fisica, riabilitativa ambulatoriale la cui erogazione è subordinata a specifici presupposti (patologie, definite, età, intervalli di tempo fra le prestazioni) o a specifiche modalità (durata delle prestazioni, non associazione con altre prestazione, ecc.)

Per quanto riguarda le politiche dell'integrazione sociosanitaria il Decreto individua le prestazioni sanitarie di rilevanza sociale ovvero "le prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali si è convenuta una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale". L'area operativa dell'integrazione sociosanitaria viene distinta in "macro-livelli", a loro volta distinti in "micro-livelli di assistenza": assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare; assistenza territoriale semiresidenziale; assistenza territoriale residenziale; assistenza penitenziaria.

Il quadro normativo rimane quello del precedente Atto di indirizzo, tutta-

via si accentua ancora il processo di coinvolgimento dei Comuni nelle responsabilità di costo in alcune tipologie di servizio:

- prestazioni di aiuto infermieristico e assistenziale tutelare alla persona: 50%;
- prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socioriabilitative in regime semiresidenziale per disabili gravi: 30%;
- prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in strutture a bassa intensità assistenziale: 60%;
- prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per disabili gravi: 30%;
- prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per disabili privi di sostegno familiare: 60%;
- prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento per anziani non autosufficienti in regime semiresidenziale, ivi compresi interventi di sollievo: 50%.

In conclusione, sembra di poter individuare una tendenza a regolare attraverso la politica sanitaria anche quella dei servizi sociali. Sulla legge n. 328/00 si sono concentrate giustamente molte aspettative che rischiano di essere contraddette da questi orientamenti. L'accentuato carico finanziario sui Comuni (e quindi indirettamente sugli utenti tenuti al concorso al costo dei servizi) accrescerà le difficoltà di comunicazione inter-istituzionale con le Asl. Inoltre, le Regioni, spinte dalla necessità di far fronte alle proprie accresciute responsabilità sui servizi sanitari regionali, potrebbero essere portate a ridurre i loro trasferimenti finanziari per lo sviluppo dei servizi sociali comunali. È molto probabile che le quote di costo attribuite ai Comuni vengano caricate sui fondi regionali. Ma l'effetto sarebbe, appunto, una tendenziale riduzione delle manovre di spesa regionali in favore dei servizi sociali. I Comuni si troverebbero così a dover agire solo con mezzi propri alla realizzazione della riforma.

Sarebbe davvero preoccupante se invece di agire per le politiche per l'integrazione si arrivasse ad alternative "politiche della frammentazione" per cui ad occuparsi di sanità e di servizi sociosanitari fossero le Regioni e le loro Asl e, dall'altra parte, ad occuparsi di servizi sociali fossero i Comuni con le loro frammentazioni territoriali non sostenute da coerenti incentivi alle forme associative.

RIFERIMENTI LEGISLATIVI

Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, coordinato con le modifiche introdotte dal Decreto Legislativo 19 giugno 1999

n. 229, Riordino della disciplina in materia sanitaria, art. 3 - septies (in Suppl. n. 132/L alla GU n. 165 del 16 luglio 1999)

Legge 8 novembre 2000 n. 328, Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, art. 22

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001, Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie (in GU n. 129, 6/6/2001)

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, Definizione dei livelli essenziali di assistenza (in Suppl. G.U. n. 33 del 8.2.2002). Il Decreto ha recepito l'intesa tra governo, regioni e province autonome del 22 novembre 2001 (in Suppl. n. 14 alla GU n. 19 del 23/1/2002)

Decreto del Ministero della salute 12 dicembre 2001, Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria (in suppl. alla GU n. 34 del 9 febbraio 2002)

Note

14 Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29-1-2001. Successivamente, il Decreto del Ministero della salute 12-12-2001 ha stabilito gli indicatori ed i parametri di riferimento per la verifica e il monitoraggio nelle regioni dei Leas. Sul l'argomento si veda: Ragaini F., "Dalla riforma Ter ai Livelli essenziali di assistenza", *Appunti sulle politiche sociali*, 3, 2002.

APPUNTAMENTI

Si terrà a Bolzano, dal 3 al 5 ottobre, la **Conferenza nazionale di promozione ed educazione alla salute**, dal titolo "Salute e Politica, strumenti di sviluppo. Intersectorialità e partecipazione per la promozione della salute". La conferenza è organizzata dalla Provincia Autonoma di Bolzano, Alto Adige, in collaborazione con la Cipes di Perugia. Per informazioni e iscrizioni: Cipes, c/o Centro sperimentale per l'educazione sanitaria interuniversitario, Via del Giochetto 6, 06126 Perugia - Dott. Giancarlo Nocetta - Tel. 075.5731241 / 5728377 - Fax. 075.5857317 / 5730874 - E.mail: csesi@unipg.it - Sito internet: www.unipg.it/csesi.

Supervisione, il filo d'Arianna

L'ARTICOLO PRESENTA IL PERCORSO DI SUPERVISIONE CHE HA VISTO COINVOLTI CENTO ASSISTENTI SOCIALI DEL COMUNE DI FIRENZE. LA SUPERVISIONE È STATA INTESA COME SOSTEGNO DA PARTE DI ESPERTI APPARTENENTI ALLA STESSA PROFESSIONE, AL FINE DI SVILUPPARE LA SPECIFICITÀ PROFESSIONALE IN RELAZIONE ALLE SFIDE POSTE DALL'UTENZA E DALL'ORGANIZZAZIONE.

Ariela Casartelli, * Renata Fenoglio **
Francesca Merlini ***

Assistenti sociali

L'assistente sociale si misura continuamente con il cambiamento e la complessità.

Il cambiamento, vera finalità del processo di aiuto, inizia con la definizione della direzione, lo sviluppo di una visione del futuro e delle strategie generative necessarie. Il cambiamento non può essere imposto, ma guidato e orientato, stabilendo (e mantenendo) una valida relazione interpersonale non di sostituzione ma di facilitazione, che si basa sul riconoscimento di risorse da ridestare e sostenere adeguatamente.

Obiettivo ultimo dell'operatore è di rendersi non più indispensabile e quindi di lavorare per:

- aumentare gli spazi decisionali della persona;
- migliorare le sue capacità relazionali;
- rendere la persona capace di affrontare (e, possibilmente, risolvere) i problemi basandosi sulle proprie risorse e reti sociali;
- portare la persona a considerare i conflitti come momenti di crescita.

In buona sostanza, compito dell'operatore è "aiutare la persona ad aiutarsi", riuscire a "sganciare" gli utenti è un grande risultato positivo.

Il processo è quindi volto allo sviluppo dell'individuo al più alto livello delle sue possibilità, senza sottovalutare le difficoltà delle persone a modificare le proprie routine.

Avviare un programma di trasformazione richiede la cooperazione di molti. Le connessioni sono necessarie perché i bisogni/problemi sociali, relazionali, ecc., sono sempre più complessi. Tale complessità è determinata dal-

le trasformazioni sociali che richiedono competenze professionali ancora più alte, ma anche, a fronte di un numero sempre maggiore di rapporti con altre organizzazioni, un'elevata capacità di collegamento e coordinamento.

Le connessioni sono altresì necessarie perché costituiscono la condizione dello star bene: le persone in difficoltà hanno bisogno di servizi integrati perché sono "sconnesse", hanno legami spezzati e un sistema di servizi "sconnesso" non aiuta e non supporta l'autonomia. Non è sufficiente che si connettano tra loro solo gli enti (attraverso accordi di programma, protocolli di intesa, ecc.), ma è importante, almeno nella stessa misura, la connessione di tecniche e valori, con cui si legge e si vorrebbe modificare la realtà: tecniche e valori che vanno resi espliciti per evitare azioni basate su paradigmi contrapposti.

In questa prospettiva, l'operatore sociale caratterizza le proprie competenze non solo in termini di un sapere specifico, ma anche di una fluida presenza relazionale in rete con i vari sistemi e attori in gioco. In altre parole, l'assistente sociale dovrebbe svolgere il ruolo di regista sapendo riconoscere le connessioni e osservando i processi, senza spendere più energie per disegnare confini rigidi, ma lavorando per creare uno spazio interattivo in cui le parzialità e le sfumature sono opportunità e risorse anziché vincoli negativi.

Quanto brevemente esposto evi-

Note

* Analista transazionale certificata in counseling; ** Docente di Organizzazione del Servizio sociale, Università di Torino, formatrice; *** Docente di Metodi e tecniche del Servizio sociale, Università Cattolica di Brescia, formatrice.