

Integrazione socio-sanitaria

Fabio Folgheraiter

Università Cattolica di Milano

Il tema dell'integrazione socio-sanitaria è da tempo all'attenzione dell'agenda politica e del dibattito scientifico, con esiti tuttavia quasi mai all'altezza delle intenzioni, né sul piano logico-concettuale né su quello tecnico-operativo. Il perché di questa perdurante *impasse* va ricercato nel divario, che rimane a tutt'oggi irriducibile, tra due istanze inconciliabili: da un lato l'altissimo e sofisticato potere di «integrazione» (capacità di aggrovigliarsi) connaturato alle umane fragilità; dall'altro la naturale tendenza all'autoreferenzialità (a chiudersi in se stesse) delle singole prestazioni di cura, a prescindere dalla qualità e dalla caratura di ogni erogatore e a prescindere dal modello di welfare — statalista o liberista — cui il singolo erogatore faccia affidamento, tra quelli oggi sul campo.

L'interpenetrazione delle difficoltà umane è sotto gli occhi di tutti: quei disagi che chiamiamo *sociali* (che, in essenza, sono difficoltà di senso e di organizzazione della vita) possono produrre rischi o conclamate patologie *sanitarie*; quest'ultime a loro volta, specie se gravi e invalidanti come nel caso di varie forme di disabilità, possono ingenerare progressive e altrettanto gravi complicazione del vivere, in un intreccio che di per sé, qualora agisse incontrastato, tenderebbe ad autoalimentarsi. La percezione di intrecci di tal genere nei «casi» clinici di maggiore evidenza porta gli addetti ai lavori a chiedersi: come rispondere *unitariamente* (o almeno in modo non manifestamente sconnesso) all'*unitarietà* emergente dalla vita?

In realtà questo interrogativo si pone solo a partire dalla frammentazione esistente nei sistemi eroganti che — non va dimenticato — è effetto di un artificio. La distinzione analitica tra sociale e sanitario non è «nelle cose»: essa alberga nelle menti e si giustifica *in primis* per esigenze analitiche, per la necessità di mettere ordine nel pensiero e quindi per esigenze pratiche di natura organizzativa e amministrativa. Soltanto dopo aver suddiviso artificiosamente le cose per rispondervi con più comodità secondo la razionalità strumentale tipica del managerialismo si è

costretti poi a porre il problema spinoso della loro ricomposizione. Un nodo, questo dell'integrazione, che viene sempre al pettine poiché appunto contrasta frontalmente con quella potente razionalità lineare che in origine ha voluto divaricare e tenere separato l'ambito sanitario da quello sociale.

L'integrazione socio-sanitaria non può aggirare la questione dell'olismo sia prima sia dopo l'eventuale intervento tecnico di welfare. In generale pone il problema del rapporto tra «prestazioni artificiali di cura» e «mondo della vita», vale a dire l'ambito nel quale le persone vivono e lavorano, si pongono in relazione e ridefiniscono continuamente il senso di ciò che sono e di ciò che fanno. Tale mondo, per definizione, dovrebbe avere il primato su tutto: le prestazioni socio-sanitarie dovrebbero sempre essere *finalizzate alla vita*, addirittura prima ancora che alla stessa salute, dato che si può vivere con pienezza di senso anche da malati, come dimostrano le biografie di molte persone in condizioni di cronicità, nonché il riconosciuto valore delle cure palliative. Meno ancora — ovviamente — le prestazioni dovrebbero essere *finalizzate a se stesse*, per accrescere l'autostima, o il prestigio, o il reddito dell'esperto che le mette in atto (Illich, 2008). La distinzione tra «vivere delle persone» e «sistemi curanti del welfare», quindi tra logica sociale e logica sanitaria (Folgheraiter, 2008), è preliminare a ogni ragionamento in tema di integrazione socio-sanitaria.

Le logiche del *caring* e del *curing*: il «sociale» come mondo della vita

Nel linguaggio anglosassone specializzato, il termine «cura» è espresso in due differenti accezioni, a seconda che si voglia indicare la cura sanitaria o quella sociale. Nel primo caso si usa il vocabolo *curing*, che significa curare *con l'intenzione di guarire*. Nel secondo si usa il termine *caring*, che significa «prendersi a cuore» qualcuno o qualcosa, curare con l'intenzione di rendere migliore la qualità di vita a prescindere dalla persistenza o meno della patologia (o della sua stessa esistenza *ab origine*).

Lo sforzo di *guarire* implica per definizione la ricerca di una precisa malattia (diagnosi) e poi di seguito la ricerca (o la semplice attivazione) di un preciso corrispondente procedimento riparatore (trattamento). Lo schema diagnosi/trattamento caratterizza *il modello medico*, secondo la nota accezione positivista parsonsiana.

L'*ottica sociale* è un modo di guardare ai problemi sociali senza il filtro della patologia. Non si nega che molte manifestazioni di disagio sociale siano connesse a (o causate da) qualche evidente anomalia strutturale formalmente diagnosticabile, cioè a qualche malattia, come ad esempio una psicosi, o una disabilità certificata, o una dipendenza psicofisica, o un deficit sensoriale, ecc. Ma anche in tali casi, quando la patologia «c'è» senza dubbio, l'operatore che agisce in un'ottica sociale, pur tenendone conto, la «bypassa» con la mente e mette a fuoco una realtà sovrastante di altro ordine: l'agire sociale nel *fronteggiamento* (Folgheraiter, 1998; 2000).

Il sociale di cui parliamo può essere appunto descritto come azione finalizzata di più persone interconnesse nel perseguimento di scopi condivisi, considerati dagli agenti degni di essere raggiunti in vista del recupero o del consolidamento del loro stesso benessere.

Entro questa cornice concettuale potremmo osservare situazioni correlate a malattie sanitarie anche gravi (per esempio, una malattia di Alzheimer), che tuttavia

non costituiscono un problema dal punto di vista sociale, qualora la capacità di azione dei soggetti coinvolti in quella specifica contingenza (il malato stesso per qualche parte, alcuni familiari o amici o alcuni specialisti professionali, ecc.) risulti adeguata a un fronteggiamento sufficiente di quest'ultima, secondo il loro stesso giudizio.

Viceversa, è possibile individuare situazioni in cui non vi è alcuna malattia riscontrabile entro i parametri della sanità, e tuttavia è ben evidente anche all'occhio del profano una disfunzione sociale eclatante, attribuibile appunto alla carente capacità di agire nella propria vita da parte dei soggetti coinvolti. Tutti i soggetti agenti potrebbero essere perfetti nella struttura psicofisica sottostante (vale a dire, potrebbero «non essere malati»), ma è possibile che risulti deficitaria l'azione «sensata» emergente. È questo il caso, ad esempio, di situazioni di devianza, come il minore scarsamente accudito che entra nel circuito penale; oppure di situazioni di grave conflitto relazionale all'interno della famiglia, quando i figli crescono assorbendo aggressività e continue violenze psicologiche o, considerando realtà di ordine collettivo, situazioni di degrado sociale in ambienti svantaggiati e così via. In tutti questi casi vi può essere disagio anche estremo senza malattia.

Integrazione socio-sanitaria come azione del sociale (espressione della società civile) che ha effetti sanitari, e viceversa

Rilevante per l'integrazione socio-sanitaria è quell'«agire per il proprio welfare» che è direttamente riferibile a un miglioramento psicofisico (sanitario) della propria o altrui persona. In questo caso la logica binaria (azione tecnica a supporto di azione sociale), tipica del pensiero sociale, si ritrova applicata a finalità che sono in realtà ascrivibili all'altro comparto, quello sanitario. Si verifica ciò tutte le volte in cui una persona «agisce per guarire», o più in generale «agisce per rendere migliore la propria salute». Con il proprio agire per la propria salute essa realizza l'integrazione socio-sanitaria più profonda, quella dentro di sé, per così dire. Converte il sociale (la sua stessa azione) in effetti sanitari e poi, di nuovo, saranno quegli effetti sanitari a smuovere effetti sociali, laddove il miglioramento della salute migliorasse la capacità di azione, e così via.

Immaginiamo, ad esempio, una persona affetta da grave obesità che si motiva a intraprendere un percorso di *recovery* personale: decide di cambiare alla radice il proprio stile di vita modificando l'alimentazione e la mobilità e, per farsi aiutare in questo difficile cambiamento, si unisce a un gruppo di auto/mutuo aiuto esistente sul suo territorio. Nel momento in cui questa persona si impegna a elaborare riflessivamente le sue abitudini non sane, si pone in evidenza un processo welfaristico (di «produzione» di benessere) la cui essenza è sociale (essendo per l'appunto un cambiamento consapevole e volontario dello stile di vita), benché si tratti di un percorso direzionato verso un esplicito obiettivo sanitario (la diminuzione del peso, la riduzione del colesterolo, il miglioramento della funzionalità cardiocircolatoria, e così via).

Per fare un altro esempio: un gruppo di genitori di ragazze anoressiche, dopo essersi conosciuti a margine di un servizio specialistico cui tutti afferiscono, decidono di intraprendere un'azione di sensibilizzazione nelle scuole, per portare la loro testimonianza ed evidenziare i rischi connessi alla riduzione volontaria dell'assunzione

di cibo. Abbiamo così un'iniziativa sociale (essendo espressa dalla società piuttosto che dai professionisti), che può realizzare esiti sanitari a vasto raggio (psichiatrici e organici) anche di notevole portata, a cui potranno essere correlati ulteriori esiti sociali (ci potranno essere meno ragazze che perdono anni di studio, meno sofferenze nelle loro famiglie, meno spese per cure specialistiche, ecc.).

Integrazione tra il sociale come società civile e il sistema formale di welfare (sociale e/o sanitario)

Il *curing* sanitario è tipicamente agito da specialisti accreditati. La sanità istituzionalmente intesa è ormai riserva legale delle professionalità di varie specie, alcune delle quali tutelate dall'Albo professionale. Le azioni curative dirette (con esercizio di tecnicità) sono state gradatamente *espropriate*, per usare il noto linguaggio di Ivan Illich, alla cultura popolare. Dai vari accorgimenti conservati nelle tradizioni, o dagli esoterici saperi informali di maghi e stregoni o sciamani, si è passati alle *prestazioni* (*provisions*) scientificamente guidate, basate su protocolli medici e studi di efficacia, cui i singoli operatori sul campo (medici e quant'altri) debbono attenersi. La medicina moderna, nella sua portata universalistica, mira a proceduralizzare le prestazioni e quindi a incanalare quanto più velocemente possibile le originali acquisizioni della ricerca scientifica entro procedimenti curativi standard (ai quali tra l'altro sia possibile dare un prezzo di mercato). L'auspicabile tendenza è quella di togliere ai singoli professionisti l'onere della riflessione circostanziata sui singoli casi per poter agire in automatico, a fronte di questa o quella malattia, con azioni tecniche predefinite (prestazioni).

Differente è invece l'assetto del *caring* sociale, più complesso e articolato. Nel comparto sociale abbiamo, come nella sanità, una dimensione prestazionale, la quale però assume sembianze *assistenziali* (che non vuol sempre dire assistenzialistiche) più che sociali in senso proprio. **Le azioni professionali nel sociale rimangono per loro natura riflessive (aperte al ragionamento e alla ponderazione umana), non essendo tanto facile né sensato affrontare problemi sociali (cioè di vita) con manovre standard predefinite.** La riflessività dei professionisti, vale a dire la capacità di questi di tirare fuori dalla propria mente — qui e ora, in situazione — le idee e le decisioni che ipoteticamente potrebbero, salvo verifica, migliorare le situazioni prese in cura dal professionista, è fondamentale. E a tal punto spinta appare l'esigenza della riflessività professionale che essa per sua natura non può essere mai *esaustiva*: come si è detto, **l'esperto sociale è tale quando esercita la sua riflessività non per risolvere i problemi «degli altri», bensì per stimolare la riflessività di questi stessi soggetti, che rimangono «altri da lui».** Ogniqualevolta queste persone esterne non agiscono isolatamente ma si dispongono in relazione, vanno a formare quell'entità che definiamo *il sociale*. Ecco a questo punto stagliarsi pertanto un'integrazione pregiata e *sui generis*: un input mentale professionale in capo a un esperto del comparto sociale che si integra con il sociale naturale (integrazione di «sociale con sociale»).

Altra fattispecie sui generis di integrazione socio-sanitaria è quella in cui un professionista *sanitario* dà input tecnici o riflessivi a un paziente non tanto affinché guarisca in virtù di essi, quanto piuttosto perché si attivi per fare quanto in suo potere. È questo il caso, ad esempio, in cui un medico condotto convinca, con un

qualche tipo di *counseling* motivazionale, un alcolista a smettere di bere; o uno specialista convinca un cardiopatico a prendere due volte al giorno una certa pillola e a limitare l'uso del sale.

In tutti questi casi, siamo sollecitati a concepire l'integrazione in un senso diverso da quello convenzionale. In genere vi è l'abitudine a parlare di integrazione di *prestazioni*: una sorta di ingegneria delle tecnicità di entrambe le componenti (sociali e sanitarie) che nelle volenterose intenzioni dovrebbero, anche in virtù di un'appropriata normazione, intersecarsi per formare una «unità». In realtà, in generale dobbiamo rilevare come fondamentale la seguente evidenza analitica: **nei fatti, l'integrazione più pregiata ed essenziale avviene — quando avviene — a profondità maggiori rispetto al «superficiale» livello delle prestazioni: avviene nelle relazioni benintenzionate che si instaurano tra (a) persone appartenenti ai cosiddetti «sistemi di welfare» e (b) persone che vivono in quella che i sociologi chiamano «società civile».**

Integrazione tra diverse filiere amministrative nei sistemi formali di welfare

I sistemi di welfare sono tipicamente costituiti da «filiera» amministrative disposte — per così dire — in parallelo e che tuttavia si vorrebbero far incontrare o integrare in qualche modo. La sfera della sanità (*health care*) e quella del sociale (*personal social services*) sono soltanto due di queste ipotetiche «colonne» o «filiera». Le altre sono, com'è noto, l'edilizia abitativa (*housing*), l'educazione prescolastica o extrascolastica (*education*) e la previdenza e le indennità monetarie (*social security*). Una politica sociale davvero «integrata» dovrebbe trovare il modo (il punto è capire come) di interconnettere tutti questi comparti, e non solo i due maggiori.¹

Ciascuno di questi comparti risulta attraversato da almeno tre «linee di confine» ideali, che li spezzano per così dire in tre tronconi verticali:

- a) più in «alto» rimane il livello «politico-amministrativo» (*policy making*), vale a dire la testa pensante e il sistema nervoso di un dato comparto (nel policy making distinguiamo il ruolo del personale politico eletto — assessori e consiglieri provinciali o regionali o comunali operanti nelle commissioni, ecc. — e quello della dirigenza apicale e intermedia della Pubblica Amministrazione);
- b) il livello intermedio è quello «dirigenziale di struttura» (*managerial*), vale a dire quello direttivo di ogni singola organizzazione statutaria incardinata nel comparto;
- c) il livello basale è quello «di campo» (*fieldwork*), vale a dire l'ambiente frontale in cui operano le diverse professionalità.

¹ Ad esempio, l'edilizia pubblica agevolata potrebbe essere pensata anche in maniera tale da supportare l'assistenza domiciliare socio-sanitaria integrata, se venisse progettata in modo da favorire la presenza di servizi di *respite*, la presenza di sussidi funzionali (domotica) o altro in caso di necessità, ecc.; oppure le varie prestazioni di aiuto monetario (minimo vitale, indennità di accompagnamento, pensioni di invalidità, ecc.) andrebbero gestite con una contabilità se possibile non sconnessa rispetto alle prestazioni di altri comparti, dato che si tratta pur sempre di risorse convertibili in denaro; o, ancora, la regolamentazione delle assenze dal lavoro (e del relativo reddito sostitutivo) potrebbero — ancor meglio di quanto non sia già previsto — tenere conto delle responsabilità di *caring* del lavoratore dipendente (accudimento di figli minori, di congiunti disabili, di parenti anziani, ecc.).

Sovrastante a tutti i comparti vi è la *governance* generale del sistema di welfare considerato nella sua interezza (un policy making sovraordinato o trasversale).

Integrazione socio-sanitaria a livello di policy making trasversale (governance sistemica e meta-sistemica)

Si tratta di un livello di comando e di *intelligence* che fa da cappello unitario ai vari comparti di welfare e che, in pratica, potrebbe risultare esercitato da un assessorato, laddove ci sia un unico assessorato al welfare che tiene sotto controllo tutti i comparti istituzionali, oppure dalla giunta provinciale o regionale, qualora i comparti risultino attribuiti ad assessorati distinti.

Ragionando nell'ottica dell'integrazione «profonda» di cui al punto sopra, quella tra «sistema di welfare» e società civile, va tenuta in conto anche una possibile inclusione di istanze societarie nella governance istituzionale e quindi nella definizione formale delle *policies*. Ci riferiamo qui alla cosiddetta «programmazione partecipata», che è in effetti un tentativo (non importa se talora asfittico e farraginoso) di integrare l'intelligenza degli apparati tecnico-amministrativi della Pubblica Amministrazione con l'intelligenza sociale del «mondo della vita».

I Piani di zona (previsti non a caso nella L. 328/00) sono più praticati in ambito socio-assistenziale, ma potrebbero essere pensati pure in un'ottica integrata, così da comprendere anche le istanze socio-sanitarie, oltre a eventuali altre connesse al welfare locale.

Nei sistemi locali o regionali contraddistinti da maggiore effervescenza, come quello lombardo, è inoltre da segnalare una tendenza sempre più marcata a differenziare la governance sistemica, in quanto emerge, da parte di grosse fondazioni bancarie o di comunità, una sempre maggiore capacità di fungere da autonomi organismi regolatori e finanziatori di iniziative socio-sanitarie e socio-assistenziali (o anche socio-culturali) attraverso la predisposizione di *bandi per progetti* esterni alla Pubblica Amministrazione. Analogamente, vanno segnalate le autonomie di organizzazioni ecclesiali (come le Caritas, ad esempio) o, in potenza, la possibilità dei consorzi di Terzo Settore di agire un'autonoma capacità di elaborazione strategica per il welfare locale. Laddove la governance sistemica della Pubblica Amministrazione venga affiancata da parallele istanze regolative private, provenienti dal «sociale», da un lato si pone di nuovo il problema di una loro integrazione o coordinazione in asse e dall'altro, qualora si voglia mantenere fermo il principio della responsabilità pubblica ultima in uno Stato sociale democratico, si pone la necessità che gli apparati di governance pubblica sappiano elevarsi al contempo sopra se stessi e sopra gli organismi regolatori privati loro «gemelli», assicurando un'osservazione o supervisione meta-sistemica (cioè una governance sopra le governance sistemiche sottostanti).

Integrazione socio-sanitaria a livello di policy making settoriale (governance di una specifica filiera)

Ogni comparto di welfare, nella fattispecie quello sanitario e quello assistenziale, esprime una dirigenza strategico-amministrativa che elabora ed emana disposizioni,

effettua controlli e ha la responsabilità di valutare l'efficacia delle iniziative e delle azioni complessive nel sistema. Anche nel caso improbabile che in qualche Pubblica Amministrazione tutte le filiere si ritrovino incluse in un unico assessorato, rimarrebbe comunque il problema per ciascuno di questi filoni amministrativi di esprimere strategie integrate. Sembrerebbe in effetti contrario a ogni logica che ciascun vertice di comparto auspichi l'integrazione nei livelli sistemici inferiori (ad esempio tra gli operatori sul campo) quando essi stessi come alti centri elaboratori siano incapaci di pensare e agire una sufficiente interpenetrazione. Sarebbe, ad esempio, più credibile la governance di un ipotetico assessorato integrato (come quello attuale nella Provincia Autonoma di Trento) che, invece di essere spaccata verticalmente in dipartimenti separati (nell'esempio tra sanità e sociale), riuscisse a elaborare la stessa governance in modo integrato, specializzando i singoli dipartimenti per funzioni, piuttosto che per filiere (ad esempio: 1. *Dipartimento alle prestazioni socio-sanitarie integrate di base e standard minimi (LIVEAS)* e 2. *Dipartimento alla promozione del welfare civico e delle culture locali della salute*).

Comunque sia espressa e qualunque sia di fatto il suo grado di integrazione, la governance apicale di cui parliamo, nell'ottica dell'integrazione socio-sanitaria, dovrebbe saper esprimere direttive in grado di regolare e condizionare i livelli sistemici sottostanti, esterni per gran parte alla Pubblica Amministrazione, ad agire in modo integrato. Il primo livello che si trova scendendo sotto la governance amministrativa pubblica — ovvero altre parallele private o di privato-sociale — è quello dei Consigli di amministrazione o dei Consigli direttivi delle Organizzazioni o Imprese afferenti organicamente al sistema di welfare considerato (cioè riconducibile sotto l'ombrello di quella governance di cui parliamo).

Integrazione socio-sanitaria a livello di dirigenza di singoli Enti e Organizzazioni autonome nel sistema locale di welfare mix

Nelle realtà territoriali più avanzate i sistemi di welfare sono ormai — come si tende a dire — pluralizzati. Una pletera di organizzazioni e strutture si sono nel tempo emancipate vuoi per distacco dal cordone ombelicale della Pubblica Amministrazione (qualora si tratti di strutture pubbliche aziendalizzate) vuoi per un emergere di solidarietà civile, a tratti tumultuoso, sotto forma di associazioni, cooperative sociali, fondazioni, associazioni di mutualità e di auto/mutuo aiuto, movimenti sociali di *advocacy*, imprese sociali (le cosiddette realtà di Terzo e Quarto settore), per non parlare del crescente interesse di imprese commerciali *for profit* a investire in attività connesse ai servizi sociali personali, soprattutto nelle strutture residenziali, seguendo un più radicato trend già ben presente nel settore sanitario (libera professione e cliniche private).

Fino a qualche decennio fa, lo schema era più semplice e quasi lineare: a un governo pubblico del welfare corrispondeva una linea esecutiva di strutture principalmente incardinate entro quella stessa Pubblica Amministrazione che esercitava il controllo strategico. In tal modo, l'azione curativa si dipanava per intero entro un unico organismo, riducendo così — pur senza azzerarlo — l'affanno per il coordinamento. Attualmente, invece, si osserva sempre più un «sistema» o meglio una vera e propria rete di servizi e offerte. Un mix di organizzazioni sviluppano programmi autonomi

entro l'alveo della regolazione promanata dall'agenzia (Pubblica Amministrazione *in primis*) da cui ricevono i finanziamenti e alla quale devono rendere conto. La testa — per così dire — si stacca organicamente dalle membra e con ciò si fa più severo il compito del coordinamento o della regolazione. Si parla di governance proprio per segnalare un tipo di regolazione che non si rivolge a entità sotto il pieno controllo del soggetto regolatore, con conseguente necessità di far arrivare non dei comandi, ma accettabili condizionamenti e incentivazioni a soggetti esterni non subordinati e in parte autonomi.

Nella filiera sanitaria, diventa interessante a questo proposito il rapporto tra Pubblica Amministrazione (assessorato alla salute, ecc.) e ASL: è da stabilire se — di fatto — prevale in quest'ultima il carattere proprio di ente funzionale, ovvero se l'Azienda sanitaria si appropria di funzioni distaccate tipiche della governance. Nel primo caso, l'ASL rimarrebbe prevalente braccio operativo per le direttive e le strategie dell'ente pubblico; nel secondo rivestirebbe importanti o finanche esclusive funzioni strategiche, come elaboratore e valutatore delle *policies* sanitarie e sociosanitarie locali.

Questo problema rileva per il gigantismo organizzativo dell'ASL, che vede a sua volta al proprio interno una pluralità di strutture e servizi erogativi ma anche strutture di centro studi e di analisi statistica la cui operatività va oltre i confini dell'organizzazione, in quanto è volta non solo a rilevare la qualità delle prestazioni interne, ma anche a monitorare i bisogni sanitari e la qualità della salute nei territori di riferimento, surrogando quindi il ruolo di governance che comunque rimane idealmente in capo alla Pubblica Amministrazione.

A questo livello manageriale intermedio, il tema dell'integrazione socio-sanitaria ci pone di fronte all'esigenza che singole organizzazioni con prevalenti finalità sanitarie (esempio le ASL o qualche Azienda Ospedaliera, ecc.) possano/debbono cercare le connessioni e le sinergie con altre organizzazioni con prevalenti finalità socio-assistenziali (ad esempio, il Comune, o un'associazione di volontariato, o una cooperativa, ecc.). Il grado di connettività tra le organizzazioni nel sistema può essere incentivato dalla governance sovraordinata, ad esempio condizionando il finanziamento a comprovate sinergie e intese. Tuttavia, l'effettiva possibilità di integrazione, sempre difficile per le note tendenze all'autoreferenzialità, attualmente rischia di essere soffocata in culla dalla diffusione dell'ideologia neoliberista, che enfatizza la competizione all'interno dei quasi-mercati. La logica degli appalti concorrenziali spinge ogni erogatore autonomo (anche in origine solidaristico, come lo sono tutte le Organizzazioni di Terzo settore) a pensare al proprio bilancio prima che alla collaborazione. Anzi, il proprio bilancio sarà al sicuro solo se nelle gare di appalto ci si posizionerà davanti alle Organizzazioni consorelle, con le quali quindi sarà bene fare qualsiasi cosa salvo che collaborare, come è la norma nei mercati ordinari.

Per fortuna, l'integrazione interistituzionale socio-sanitaria pura, vale a dire gli accordi tra enti del sociale e del sanitario — costruiti con atti formali come le convenzioni, i protocolli di intesa o gli accordi di programma, ecc. — non ha valore di per se stessa. La sinergia formale tra organizzazioni statutarie di welfare (pubbliche e private) serve in essenza a facilitare e incanalare sui giusti binari le relazioni degli operatori sul campo, i quali tuttavia nella loro autonomia e intelligenza trovano spesso il modo di integrarsi per conto proprio, senza aspettare che le regolazioni sopra le loro teste li incanalino (ché spesso, se aspettassero davvero questa imbeccata, aspetterebbero a lungo).

Integrazione socio-sanitaria a livello di azioni professionali e prestazioni tecniche di campo (fieldwork)

Siamo così giunti nel terreno tipico originario dell'integrazione socio-sanitaria, quello dove essa si incarna e produce i suoi frutti diretti (quando li produce). L'azione dei professionisti — che siano liberi o inseriti in organizzazioni strutturate — si esplica sulla linea di frontiera in cui i bisogni naturali delle persone e le risposte formali del sistema si vengono a incontrare, o in taluni casi a contrapporre. È in questa prima linea che le eventuali sconessioni o disarmonie delle risposte appaiono in evidenza e pesano; il loro perdurare, tuttavia, andrebbe considerato una spia non tanto di cattivo management o di cattive politiche, quanto della difficoltà a pensare gli affari umani di welfare entro la semplicistica cornice del positivismo.

Per ragionare sul tema dell'integrazione socio-sanitaria a questo livello, è necessario innanzitutto distinguere il caso più semplice, in cui i differenti operatori di diversa professionalità (sanitaria e sociale) appartengono a uno stesso Ente/Organizzazione, da quello in cui invece essi dipendono da datori di lavoro distinti. La prima fattispecie è più frequente quando abbiamo a che fare con strutture *residenziali* che offrono una cura «totale» (come le RSA), la seconda quando la cura si esplica al domicilio delle persone, vale a dire entro logiche di *community care*.

L'integrazione socio-sanitaria «intra-muraria»

Nel primo caso — in cui l'assistito viene rimosso dal proprio abituale ambiente di vita allo scopo di rendere più comode, spedite e anche meno costose le cure, grazie a possibili economie di scala — l'integrazione tra cure sanitarie e cure sociali è un tema che, da un lato, rischia di ritrovarsi naturalmente affievolito e, dall'altro, può ridursi a un mero esercizio manageriale di coordinamento interno.

All'interno di una struttura residenziale «senza ritorno», il sociale propriamente inteso si ritrova tendenzialmente risucchiato e disintegrato dalla macchina organizzativa dell'istituzione, in quanto il vivere sensato della persona assistita è spesso ridotto quasi a zero, vuoi dalla disabilità stessa vuoi dalla prevalenza delle cure mediche e assistenziali indispensabili per la mera sopravvivenza. Soltanto laddove la persona internata è ancora in grado di svolgere attività e prendere iniziative che abbiano senso proprio, e non massificato in attività forse varie e ben organizzate ma comunque standardizzate, solo laddove la persona mantenga il timone della propria vita, e in particolare abbia un ruolo nella predisposizione delle sue cure, si può dire che la dimensione sociale autentica è ancora presente nel singolo Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI).

Ponendo l'accento sull'individualizzazione delle cure, non facciamo riferimento a un generico «sociale» inteso come «ambiente civico» che circonda l'*intera* struttura residenziale, quindi come l'interessamento che una certa località (con le sue associazioni, il suo volontariato, i suoi movimenti, ecc.) riserva al destino delle persone non autosufficienti, dedicando a loro tempo e iniziative di animazione e di vicinanza umana. Un conto è guardare ai residenti di una struttura residenziale nel loro insieme, come un collettivo impersonale, un altro è considerare la persona singola e il suo ecosistema vitale, che nella struttura residenziale tende quasi inevitabilmente a fondersi in quello di tutti.

Se guardiamo al contatto tra la struttura residenziale nel suo insieme e la comunità locale nel suo insieme, parliamo piuttosto di integrazione socio-istituzionale: una relazione *macro* che, ovviamente, è sempre positiva e accettabile, ma deborda dal tema specifico di cui trattiamo.

Altro è invece guardare all'ambiente sociale minuto del singolo residente (ai suoi familiari o amici, ecc.) che vengono in visita e che già in questo modo partecipano alla cura, quando non si ritrovano impegnati, volenti o nolenti, in compiti di accudimento più pesante (*tending*), a supplenza o in affiancamento alle cure prestate dal personale dipendente. Questo «sociale» si integra con le cure formali (mediche, infermieristiche e assistenziali) in vario modo, sia appunto fornendo contributi pratici, sia apportando quel *quid* di «umanità» autentica che non sempre si può pretendere in ogni momento dallo staff, sia fornendo — se le cose vanno al meglio — contributi riflessivi a una migliore gestione personalizzata del «caso». Non di rado tale contributo ideativo si può girare anche in peggio, qualora i familiari degli ospiti, a torto o a ragione, reclamino ed eccepiscano, disturbando il regolare svolgimento delle attività standardizzate. In ogni caso sarebbe sempre dovere di una struttura, che volesse dirsi davvero aperta all'*integrazione*, cercare sempre di favorire l'espressione delle loro voci e delle loro visioni, considerandole costruttive fino a prova contraria. Andrebbero sempre tenute distinte le esigenze funzionali interne (la necessità che gli automatismi mansionali scorrano senza inceppi) dalle esigenze di non offuscare o stravolgere il vivere degli individui sottoposti a quelle giustamente scorrevoli *routines*, siano essi ospiti fissi o i loro familiari.

Molti ospiti di strutture o istituti residenziali non possono contare sul regolare appoggio di persone care. In queste situazioni tutta la cura si compone a partire dalla capacità dell'organizzazione di integrare adeguatamente le prestazioni mediche con quelle socio-assistenziali di accudimento. In questi casi estremi, ma anche laddove la cura professionale sia in parte «sussidiata» da familiari o volontari esterni, l'integrazione socio-sanitaria interprofessionale si riduce a mero esercizio di competenze manageriali, in quanto il fine statutario della struttura residenziale è quello di «prendersi in carico» i non autosufficienti e il minimo che si richiede ai dirigenti di tali strutture è quello di dare ordine alle prestazioni dei diversi operatori in modo che non si pestino i piedi (e soprattutto non pestino i piedi degli assistiti).

L'integrazione socio-sanitaria territoriale e il case management

Ben differente e più complessa è la fattispecie in cui le cure siano fornite a domicilio. In questo caso non è il paziente che prende le sue valigie e va in un punto dove le cure si ritrovano già integrate di per sé, ma sono le prestazioni — per così dire — che si assumono l'onere di andare là dove vive l'assistito e incontrarlo sul suo terreno. Con una complicazione di non poco conto: quelle prestazioni necessarie all'interesse dell'assistenza possono essere incardinate ciascuna in Enti/Organizzazioni differenti. Pertanto ogni singolo erogatore si trova a dover rispondere a un differente datore di lavoro e ha una differente linea manageriale alle proprie spalle. Questa situazione è ben diversa da quella in cui, per garantire l'integrazione, tutti i soggetti che debbono intrecciarsi rispondono a un'unica fonte di comando, come succede nelle manovre di un esercito dove tutti rispondono al generale, o nel chiuso di una sala operatoria dove tutta la variegata équipe risponde all'unisono ai semplici cenni del chirurgo capo.

Ogni erogatore è padrone di se stesso e semmai deve rispondere a un proprio manager, differente da quello di ogni altro. La logica organizzativa qui va pensata in modo differente da quella convenzionale e non può basarsi sul mero comando. In effetti, chi può comandare e chi deve ubbidire, e a chi? È in questo inghippo non sempre adeguatamente compreso che molti tentativi di integrazione socio-sanitaria si sono infranti e ancora si infrangeranno. Un tentativo interessante per venire a capo di questa difficoltà è quello liberista, sperimentato con la riforma della sanità e dei servizi sociale promossa dalla Thatcher in Gran Bretagna nel 1990: è il tentativo del *case manager* (Bortoli, 2001; Payne, 1998).

Nella visione neoliberale, il comando delle operazioni di gestione dell'assistenza integrata deve essere idealmente attribuito al paziente o in subordine alla famiglia che lo assiste. La Pubblica Amministrazione, anziché fornire le cure dirette, attribuisce agli interessati dei voucher o dei buoni salute commisurati agli effettivi bisogni socio-sanitari e li stimola a utilizzare tali risorse (che in pratica sono denaro vincolato) andando a comperare le prestazioni che servono su un mercato costituito da agenzie erogatrici profit e non profit, in concorrenza fra loro. Le famiglie peraltro non sono sempre in grado (quasi mai per la verità) di stabilire quali siano i migliori erogatori sul mercato, né poi di coordinare le prestazioni una volta che le abbiano comperate, in modo che risultino integrate quanto e come necessario. Si può pensare allora all'intervento di un operatore professionale (il medico di base, un infermiere o un assistente sociale) che si assuma queste responsabilità di acquisto e coordinamento su delega della famiglia. Tale operatore è, appunto, il *case manager*.

Nel modello statunitense, da sempre privatistico, il *case manager* è un libero professionista pagato direttamente dalla famiglia con soldi propri o con i soldi delle assicurazioni, laddove la polizza garantisca non solo singole prestazioni sanitarie, ma anche appunto la funzione «manageriale» dell'acquisto e raccordo delle stesse. Nel modello britannico, dove il sistema di welfare era (prima della Thatcher) a forte impronta pubblica, il *case manager* può essere un operatore dipendente pubblico, che però si stacca da ogni erogazione diretta e assiste la famiglia in qualità di «consulente» per gli acquisti delle prestazioni socio-sanitarie e per la loro integrazione.

In entrambi i modelli, si concepisce che l'auspicata integrazione non derivi da particolari congegni organizzativi o da dirette prescrizioni di legge, ma che consegua a un libero esercizio professionale.

Nella realtà italiana, le esperienze riuscite di integrazione socio-sanitaria insegnano che essa non dipende se non marginalmente dalle perorazioni astratte delle leggi o dalle formule organizzative. Alla fine, qualsiasi documento di indirizzo e qualsiasi assetto organizzativo devono affidare la concreta realizzazione di tale intento alle persone in carne e ossa impegnate sul campo: per cui, molto dipende dalla professionalità, dalla serietà e dalla motivazione degli operatori, i quali possono trovare facilmente il modo di non pestarsi i piedi e di connettersi al meglio, se lo intendono come un basilare dovere professionale, mentre invece — se da quell'orecchio non ci sentono — non c'è legge ben scritta o manager rigoroso che possa salvare la malcapitata famiglia che li incontra.

Da anni i fautori di una visione relazionale del welfare (Donati, 1991; Folgheraiter, 2008) ritengono essenziale che le leggi e le istituzioni trovino il modo non di prescrivere il disegno finito dell'integrazione a passivi operatori che lo dovrebbero «eseguire»,

bensì di incentivare e sostenere le loro autonomie sul campo, raccordandole con precise responsabilità deontologiche e doveri di rendicontazione (*accountability*). È la qualità personale degli operatori e il loro entusiasmo responsabile che i manager e, più in alto il legislatore, dovrebbero considerare e saper sostenere con norme che non siano fatte di puri auspici e pensieri velleitari. Anche perché soltanto operatori siffatti, con una personalità aperta e collaborativa, sono poi capaci non solo di integrarsi tra loro ma anche di andare oltre e integrarsi con le motivazioni e le intelligenze delle persone che aiutano: ed è questa la migliore integrazione concepibile.

La speranza di poter tenere assieme libere persone motivate e sostenerne istituzionalmente il loro impegno rende meno pressante e forse anche poco sensata la strategia di cercare di integrare fisicamente gli enti sanitari e sociali su un dato territorio, cosicché il nodo della dispersione del comando sia drasticamente superato. Davvero risolveremo il problema dell'integrazione socio-sanitaria, collocando in uno stesso ente sul territorio medici, infermieri, operatori socio-assistenziali, assistenti sociali e educatori? Se questo *monstre* istituzionale si realizzasse, cosa garantirebbe?

L'integrazione nelle fasi iniziali in cui un problema si manifesta: «strategia» degli sportelli o relazioni sociali di mutualità?

Altra questione legata alla portata integrativa degli operatori nel fieldwork è quella attinente alle situazioni in cui un problema — che sia di disabilità grave, di tossicodipendenza o alcolismo, di malattia mentale, o altro — diviene evidente per la prima volta e la famiglia si ritrova improvvisamente proiettata in una dimensione sconosciuta, che sconcerta e disorienta. Di fronte alle persone colpite e confuse appare la nebulosa di un sistema di cura, di cui essi non colgono le coordinate. Appare allora sempre una soluzione intuitiva, che è quella di concentrare queste persone in un unico punto del sistema (uno sportello di segretariato sociale) affinché esse siano «prese in carico» o semplicemente informate in modo coerente. È ovvio che un'opportunità di tal genere può servire, ma è utile qui evidenziarne le logiche per comprenderne pregi e limiti.

Una corretta generica informazione iniziale e «integrata» — vale a dire capace di informare al contempo sulle risorse sanitarie e su quelle socio-assistenziali — può essere utile per arrivare in tempo alla prima prestazione necessaria, la quale però sarà sempre singola (a meno che non si parli di una «super» prestazione diagnostica fornita da un'équipe UVM). Di seguito, la persona avrà comunque l'onere di attivarsi per la seconda prestazione, e poi per la terza e così via; inoltre, avrà spesso anche l'onere di dotarle di senso complessivo e correggerne in corsa le evidenze di palesi sconnesioni o incongruenze.

Delle due l'una: o il servizio di sportello iniziale «prende in carico» il caso e lo segue con un servizio di case management (ma allora non si tratta più di un semplice sportello), oppure l'indubbio aiuto iniziale che uno sportello «puro» riesce a fornire svanisce presto, nel momento in cui la famiglia si ritrova di nuovo sperduta nella giungla delle prestazioni: ci si deve chiedere se attivare con qualche clamore un servizio del genere serva davvero a qualcosa. Tanto più che i punti di accesso al sistema, pur sconnesso, dei servizi sociali e sanitari esistono da sempre: sono il medico di base (nel sanitario) e l'assistente sociale (nel socio-assistenziale). Perché una famiglia

presa alla sprovvista da una disabilità grave dovrebbe sapere dell'eventuale esistenza nel territorio di uno sportello unico, e invece non aver l'idea di rivolgersi al suo medico di base, o non avere in mente la «storica» e forse sbiadita figura dell'assistente sociale, che ha potuto magari conoscere per altre circostanze o che un comune giro di informazioni tra parenti o amici può facilmente indicare?

Altra difficoltà a carico di un possibile sportello unico di segretariato socio-sanitario è che, per essere davvero efficace e rispondere alle attese, esso necessita di personale dotato di una cultura «enciclopedica»: dovrebbe conoscere bene tutti i servizi disponibili e questa conoscenza dovrebbe andare al di là di quella legata alle informazioni che si possono reperire leggendo su una guida cartacea o informatizzata, perché — se così fosse — sarebbe assai più semplice ed economico limitarsi (come sovente si è già fatto) a diffondere capillarmente tale materiale informativo. Inoltre, per fornire un servizio che sia qualcosa di più di un catalogo di informazioni, il personale di sportello dovrebbe essere in grado di aiutare gli interessati a individuare i problemi da affrontare, in base ai quali decidere a chi rivolgersi. È, questa, una funzione che, da un lato, richiede abilità di counselling ben sedimentate, dall'altro si avvicina molto a una diagnosi o, in campo assistenziale, al cosiddetto *assessment* dei bisogni: sono funzioni tutt'altro che banali quanto a spessore di professionalità, il che mal si concilia con l'opposta necessità di non disperdere risorse altamente specializzate impiegandole in uno sportello di base.

Un modo più sensato e più integrato per «accogliere» le nuove famiglie in stato di difficoltà socio-sanitaria è quello di valorizzare (oltretutto a minor costo) il ruolo di altre famiglie «esperte» della stessa disabilità o comunque della comune problematica esistenziale di trovarsi a dover cambiare all'improvviso la propria organizzazione di vita, per la comparsa di una patologia invalidante o per un altro evento critico. Torniamo qui al punto di partenza: il sociale sotto forma di associazionismo familiare, depositario di saperi e informazioni dettagliati e al tempo stesso profondi, potrebbe essere considerato dall'ente pubblico come interlocutore privilegiato e autonomo per gestire il compito di accoglienza e prima cura (*care*) alle nuove famiglie che si inoltrano nel cammino del *caregiving*.

Bibliografia

- Balboni E. et al. (a cura di) (2003), *Il sistema integrato dei servizi sociali*, Milano, Giuffrè.
- Baroni B. (2003), *Linee evolutive dell'integrazione fra servizi socio-sanitari*. In E. Balboni et al. (a cura di), *Il sistema integrato dei servizi sociali*, Milano, Giuffrè, pp. 53-73.
- Blakemore K. e Griggs E. (2007), *Social Policy. An introduction*, Maidenhead, Open University Press.
- Bortoli B. (2001), *Voce «Case management»*, «Lavoro sociale», vol. 1, n. 1, pp. 273-281.
- Bosi P., Dirindin N. e Turati G. (2009), *Decentramento fiscale, riorganizzazione interna e integrazione socio-sanitaria: le nuove sfide dei sistemi sanitari regionali*, Milano, Vita e Pensiero.
- Casati C. e Francescani A. (1999), *L'utilizzo del budget per l'incentivazione nelle Aziende sanitarie pubbliche*, «Mecosan», n. 32.
- Donati P. (1991), *Teoria relazionale della società*, Milano, FrancoAngeli.
- Folgheraiter F. (1998), *Teoria e metodologia del servizio sociale*, Milano, FrancoAngeli.
- Folgheraiter F. (2000), *L'utente che non c'è. Lavoro di rete ed empowerment nei servizi alla persona*, Trento, Erickson.
- Folgheraiter F. (2006), *La cura delle reti. Nel welfare delle relazioni (oltre i piani di zona)*, Trento, Erickson.

- Folgheraiter F. (2007), *La logica sociale dell'aiuto. Fondamenti per una teoria relazionale del welfare*, Trento, Erickson.
- Folgheraiter F. (2008), *Saggi di welfare*, Trento, Erickson.
- FORMEZ (2005), *Governance dei sistemi sanitari regionali*, www.formez.it.
- Gori C. (a cura di) (2004), *La riforma dei servizi sociali in Italia*, Roma, Carocci.
- Illich I. (2008), *Esperti di troppo. Il paradosso delle professioni disabilitanti*, Trento, Erickson.
- Longo F. (2000), *Logiche e strumenti manageriali per l'integrazione tra settore socio-assistenziale, socio-sanitario e sanitario*, www.aiesweb.it/media/pdf/co0001/doc0021.pdf.
- Maister D.H. (1993), *Managing the Professional Service Firm*, New York, Free Press.
- Payne M. (1998), *Case management e servizio sociale*, Trento, Erickson.
- Payne M. (1999), *Il case management nel servizio sociale: valutazione dell'esperienza britannica*. In P. Donati e F. Folgheraiter (a cura di), *Gli operatori sociali nel welfare mix*, Trento, Erickson.
- Ranci Ortigosa E. (2004), *Il rapporto tra servizi sociali e servizi sanitari*. In C. Gori (a cura di), *La riforma dei servizi sociali in Italia*, Roma, Carocci, pp. 116-127.
- Rebora G. (1998), *Organizzazione aziendale. Teorie e strumenti per l'analisi e la progettazione*, Roma, Carocci.
- Ricci S. (2005), *Integrazione socio-sanitaria nelle Marche*, «Prospettive sociali e sanitarie», n. 8, pp. 10-16.
- Santolamazza M.L. e Bisio M. (2003), *Integrazione socio-sanitaria e Lea*, «Prospettive sociali e sanitarie», n. 7, pp. 8-12.