

L'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA: CONTENUTI E FISIONOMIE

Sommario

1	Le ragioni e i profili dell'integrazione sociosanitaria	3
1.1	L'integrazione sociosanitaria è una condizione connessa alla teoria dei Diritti Umani?	3
1.1.1	Globalità dell'intervento	3
1.1.2	Dal "modello medico" al "modello sociale".....	3
1.1.3	Il coinvolgimento della persona e della famiglia	4

Premessa

Perché una premessa per introdurre il tema dell'integrazione socio-sanitaria? Giocando con le parole, si può dire che è opportuno sottolineare che il terreno dell'integrazione sociosanitaria è per definizione ...non definibile, in quanto terreno e luogo politico, culturale, professionale e organizzativo su cui il sistema di protezione sociale (nelle sue dimensioni sanitarie, sociali, assistenziali, ambientali, ecc.) deve – o dovrebbe – piegarsi alle specifiche esigenze di ciascuno.

Valutazione dei bisogni per ciascuno, flessibilità e personalizzazione delle risposte, coinvolgimento della persona nella fase di progettazione degli interventi e in quelle di verifica e valutazione di efficacia, ottimizzazione delle risorse, azioni coordinate e condivise, circolazione delle informazioni, modelli organizzativi multidisciplinari e integrati: questi gli ingredienti per promuovere l'integrazione sociosanitaria. Elementi che si rifanno ai tre profili "canonici" dell'integrazione (istituzionale, organizzativa e professionale), che in parte ritroviamo nella normativa vigente, applicata in modo estremamente eterogeneo da Regione a Regione, tra ASL e ASL, a volte tra Distretto e Distretto.

Il materiale che segue viene pertanto proposto con la piena consapevolezza di alcuni limiti importanti:

- un limite di conoscenza e di analisi circa le diverse situazioni regionali
- un limite di attualità stante la tumultuosità con cui il quadro normativo si evolve, soprattutto in relazione alla riforma costituzionale
- un limite che si potrebbe dire appartiene a una delle patologie del nostro Paese (o meglio, del nostro sistema politico e istituzionale) che emana norme e documenti di programma che, a seconda delle alterne vicende politiche, spesso e volentieri cadono nell'oblio, e ogni volta pare si debba sempre ripartire daccapo (si pensi per esempio al Programma d'Azione 2001-2003 sulle Politiche per l'Handicap, o al DPR 3.05.2001 – Piano Sociale Nazionale).

Ciò nonostante, è sempre al quadro legislativo e normativo vigente che ci dobbiamo riferire, e non sono pochi, a mio avviso, gli elementi di tale quadro che il movimento delle persone con disabilità deve impegnarsi a difendere e promuovere: la valutazione del bisogno stabilita nel DPCM 14.02.2001, i rapporti tra la programmazione sanitaria e sociosanitaria del Distretto e i Piani di Zona dei Comuni descritti nel D.Lgs.502/1992 e nella L.328/2000, le modalità con cui il cittadino/utente può valutare la qualità del servizio descritte che stabiliscono le modalità di funzionamento dei servizi pubblici (a partire dalla Direttiva del gennaio 1994), le possibilità di essere protagonisti diretti nella definizione, attuazione e verifica del progetto individuale (art.14 L.328/2000).

1 Le ragioni e i profili dell'integrazione sociosanitaria

1.1 L'integrazione sociosanitaria è una condizione connessa alla teoria dei Diritti Umani?

1.1.1 Globalità dell'intervento

Per impostare un corretto e produttivo approccio ai temi dell'integrazione sociosanitaria occorre partire dallo scenario tematico e culturale che il movimento delle persone con disabilità ha assunto a proprio riferimento ideologico. **Tale scenario appartiene alla teoria e alla cultura dei Diritti Umani.**

- In particolare, risulta particolarmente efficace utilizzare le 22 Regole Standard dell'ONU (Norme ONU per l'eguaglianza di opportunità delle persone handicappate 20.12.1993) per evidenziare alcuni riferimenti che possiamo definire centrali rispetto ai temi dell'integrazione sociosanitaria.
- Già nell'introduzione e nel preambolo si ricavano elementi di interesse, in quanto viene evidenziato come le esperienze e il dibattito culturale legato al concetto di disabilità sviluppatosi sin dalla fine degli anni Sessanta, ha fatto emergere la

“...stretta connessione tra le limitazioni sperimentate dagli individui con disabilità – con – il disegno e la struttura dei loro ambienti e l'atteggiamento della gente comune”

Anche il lavoro svolto sulla corretta terminologia da utilizzare (ricordiamo che siamo nei primi anni '90, ben prima quindi dell'esordio sulla scena scientifica e culturale del sistema di classificazione ICF) porta alla conclusione che

“la terminologia attuale –le definizioni di Disabilità e di Handicap – riconosce la necessità di rivolgersi tanto ai

bisogni individuali (come la riabilitazione e gli ausili tecnici) quanto alle deficienze della società (i vari ostacoli a una piena partecipazione a una vita nella società)”

1.1.2 Dal “modello medico” al “modello sociale”

Definendo la riabilitazione un processo che “...non implica necessariamente delle cure mediche iniziali...” si rafforza indubbiamente la valenza del modello sociale contrapposto al modello medico, ovvero il passaggio cruciale entro il quale si è compiuto il cambio radicale di prospettiva in relazione alle politiche rivolte alle persone con disabilità.

Affermando che “le persone con disabilità sono membri della società e hanno il diritto di rimanere all'interno delle loro comunità”, si afferma l'inderogabile necessità di promuovere ogni sforzo affinché la vita della persona si svolga rispettando la naturale propensione a vivere nel proprio luogo familiare e sociale, rafforzando quindi non solo le autonomie e le abilità personali, ma lavorando soprattutto sulla creazione/irrobustimento delle reti sociali e parentali; un compito che richiede – quasi naturalmente – una visione ecosistemica della condizione della persona. In tal senso, si sottolinea come

“...ogni azione nel campo della disabilità presuppone una conoscenza adeguata e un'esperienza delle condizioni e dei bisogni particolari delle persone con disabilità”

In tal senso, viene fortemente sottolineata la necessità di approcci multidisciplinari nei processi di diagnosi precoce, diagnosi e trattamento dei danni (norma 2 – assistenza medica)

Le Norme sono interamente orientate a rendere chiaro e non equivoco l'obiettivo di fondo del lavoro compiuto dall'ONU, e cioè la piena partecipazione delle persone con disabilità alla vita sociale, economica e culturale delle Comunità locali, nazionali e internazionale. In particolare, le norme contenute nelle Misure di Attuazione (parte III delle Regole Standard) fanno con chiarezza emergere l'aspetto inderogabile delle politiche e delle azioni unitarie ai fini del raggiungimento dell'obiettivo della piena partecipazione

i bisogni e le questioni riguardanti le persone con disabilità dovrebbero essere incorporati all'interno di piani generali di sviluppo e non andrebbero trattati separatamente (norma 14 – politica decisionale e pianificazione).

E' però forse nelle norme dedicate

- alla vita familiare e all'integrità della persona (norma 9)
- alla cultura (norma 10)
- alle attività ricreative e allo sport (norma 11)
- alla religione (norma 12)
- che ritroviamo gli elementi che maggiormente rendono evidente il diritto della persona con disabilità ad essere considerata nella sua globalità e intangibilità dei propri diritti umani: si parla di vita con le proprie famiglie, di matrimonio, sessualità, paternità e maternità, di tempo libero, di vita religiosa.

1.1.3 Il coinvolgimento della persona e della famiglia

Può essere ulteriormente interessante fare notare che in questa parte le Regole indicano come anche in questi aspetti della vita delle persone è fondamentale il ruolo degli Stati, dei Media, delle organizzazioni religiose, e di come il coinvolgimento delle persone con disabilità nelle azioni, nei programmi e nelle decisioni, sia un passaggio decisivo e qualificante dell'intero processo di normalizzazione e di rispetto dei principi di non discriminazione e pari opportunità.

E' questo infatti, oltre alla necessità di considerare la globalità dei bisogni della persona al fine di tutelarne pienamente e degnamente i diritti, l'altro elemento fondamentale da ricercare, promuovere, rivendicare nella definizione delle politiche di salute.

Le 22 Regole Standard sono ricchissime di affermazioni e precisazioni:

...gli Stati dovrebbero invitare le persone con disabilità e le loro famiglie e organizzazioni a partecipare alla stesura dei programmi per 'istruzione pubblica riguardo alle questioni sulla disabilità (norma 1 – accrescimento della consapevolezza)

Nei programmi di diagnosi precoce, diagnosi e cura si dovrebbe

...garantire la piena partecipazione delle persone con disabilità e delle loro famiglie a livello individuale, e delle organizzazioni di persone con disabilità a livello della pianificazione e della analisi...(norma 2 - assistenza medica)

...Le persone con disabilità e le loro famiglie dovrebbero poter partecipare nell'ideazione e nella organizzazione dei servizi di riabilitazione che li riguardano..." (norma 3 – riabilitazione)

...i gruppi di genitori e le organizzazioni di persone con disabilità dovrebbero essere coinvolti nella pianificazione dell'istruzione a tutti i livelli... (norma 6 – istruzione)

...gli Stati, le organizzazioni dei lavoratori e gli impiegati dovrebbero cooperare con le organizzazioni delle persone con disabilità per trovare i mezzi per creare opportunità di formazione e di lavoro... (norma 7 – lavoro)

...gli Stati dovrebbero coinvolgere le organizzazioni delle persone con disabilità in tutte le decisioni relative a strategie e programmi riguardanti le persone con disabilità o che influenzino il loro status economico e sociale... (norma 14 – politica decisionale e programmazione).

Fin qui, come si è detto, le indicazioni dell'ONU.

Vi sono poi altri riferimenti internazionali che vale la pena ricordare per comprendere quanto il tema dell'integrazione sociosanitaria, al di là del fatto che sia o non sia esplicitamente richiamato.

1.1.3.1 Le Dichiarazioni di Lubiana e di Jakarta

Gli incontri di Lubiana e di Jakarta sono due tra i meeting più recenti in materia di politiche per la Salute; il primo ha riguardato i Paesi dell'UE, il secondo è stato organizzato dall'OMS. Se ne riportano alcuni stralci, a conferma dell'importanza del coinvolgimento dei citta-

dini e delle organizzazioni nella definizione e nella verifica delle politiche di Salute, ma soprattutto, per evidenziare, a mio avviso, il grande scarto tra queste solenni dichiarazioni di impegno e i concreti e reali comportamenti, almeno per quanto riguarda il nostro Paese.

1.1.3.2 Dichiarazione di Lubiana – 1996

Si afferma che nel contesto europeo, i sistemi sanitari dovranno essere

...

Centrati sulla popolazione

Le riforme della sanità devono fare riferimento ai bisogni dei cittadini tenendo in considerazione, attraverso il processo democratico, le loro attese per quanto riguarda la salute e l'assistenza sanitaria. Si dovrebbe assicurare che i pareri e le scelte dei cittadini possono influenzare in maniera decisiva i criteri di pianificazione dei servizi sanitari e il loro funzionamento. I cittadini devono altresì assumere la corresponsabilità per la propria salute

...

Orientati all'assistenza sanitaria di base

Le riforme, ispirate dalla filosofia dell'assistenza sanitaria di base, dovrebbero assicurare che i servizi sanitari garantiscano a tutti i livelli la protezione e la promozione della salute, il miglioramento della qualità della vita, la prevenzione e la cura delle malattie, la riabilitazione dei pazienti, l'assistenza a coloro che soffrono e ai malati terminali. Le riforme dovrebbero rinforzare i processi decisionali congiunti fra pazienti ed operatori sanitari, dovrebbero altresì promuovere l'assistenza completa e continuativa tenendo conto del proprio ambiente culturale

...

Prestare attenzione ai pareri e alle scelte dei cittadini

I pareri e le scelte dei cittadini dovrebbero costituire un contributo significativo sia nell'organizzazione dei servizi

sia nell'assunzione di decisioni di tipo economico, gestionale e professionale.

Il parere dei cittadini dovrebbe essere preso in considerazione in relazione a temi quali, i contenuti dell'assistenza sanitaria, i contratti per l'acquisto di servizi sanitari, la qualità dei servizi nella relazione fra pazienti ed operatori, la gestione delle liste di attesa e dei reclami. L'esercizio della scelta e degli altri diritti dei pazienti richiede informazioni complete, accurate e tempestive nonché adeguata preparazione culturale. Questo comporta la possibilità di accedere ad informazioni verificate pubblicamente sulla performance dei servizi sanitari

1.1.3.3 Dichiarazione di Jakarta - 1997

...

I determinanti della salute: le nuove sfide

I prerequisiti per la salute sono la pace, una casa, l'istruzione, la sicurezza sociale, le relazioni sociali, il cibo, un reddito, l'attribuzione di maggiori poteri alle donne, un ecosistema stabile, un uso sostenibile delle risorse, la giustizia sociale, il rispetto dei diritti umani e l'equità

...

Le strategie di promozione della salute possono sviluppare e modificare non solo gli stili di vita, ma anche le condizioni sociali, economiche ed ambientali che determinano la salute. La promozione della salute è un approccio concreto per ottenere una maggiore equità nei confronti della salute.

Le cinque strategie descritte nella Carta di Ottawa (1° Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute - il 21 novembre 1986) sono essenziali per il successo:

1. costruire una politica pubblica per la salute;
2. creare ambienti favorevoli;
3. dare forza all'azione della comunità;
4. sviluppare le abilità personali;
5. ri-orientare i servizi sanitari.

...

La sfida per i prossimi anni sarà di liberare il potenziale per la promozione della salute presente in molti settori della società, **tra le comunità locali ed all'interno delle famiglie**. Vi è la chiara necessità di abbattere le tradizionali frontiere all'interno dei settori governativi, tra il governo e le organizzazioni non governative, tra il settore pubblico e quello privato. **La cooperazione è essenziale. In modo particolare questa richiede, su basi paritarie e a tutti i livelli di governo, la creazione di un nuovo accordo operativo a favore della salute tra i differenti settori delle società.**

...

Tra le priorità, si individua la necessità di ...

Aumentare le capacità della comunità e potenziare le capacità dell'individuo

La promozione della salute si compie per mezzo delle persone e insieme a loro, non è un'attività che si realizza sopra le personeLa promozione della salute migliora la capacità degli individui a prendere l'iniziativa e quella dei gruppi, delle organizzazioni o delle comunità di influenzare i determinanti della salute.

In conclusione, non pare fuori luogo affermare che le ragioni che sottendono e rendono significativo il valore in sé dell'integrazione sociosanitaria, appartengono alla più vasta dimensione della teoria dei diritti umani, in quanto elemento centrale di politiche per la tutela e la promozione della Salute che la Comunità Internazionale ha ripetutamente affermato.

Note a margine per l'auto-approfondimento

Il Progetto Città Sane (Healthy City Project) è un'iniziativa promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) al fine di proporre azioni di prevenzione e di promozione della salute.

La salute dei cittadini non dipende soltanto dal buon funzionamento dei Servizi Sanitari (ospedali, medici, infermieri, Aziende Sanitarie, ecc.), ma soprattutto da alcuni fattori essenziali come il possesso e la qualità di un domicilio, di un lavoro, di cibo, di pace; questi sono i "Determinanti della Salute", gli elementi cioè che determinano la salute delle persone. Piuttosto che curare le malattie, bisogna innanzitutto promuovere la Salute e l'Equità lavorando sui determinanti della Salute.

Il responsabile "legalmente riconosciuto" della Salute della Comunità è, in tutto il mondo, il Sindaco. Secondo l'O.M.S. infatti una Città Sana non è necessariamente una città che ha raggiunto un particolare stato di salute. E' piuttosto una città cosciente del fatto che la Salute è una questione che riguarda le politiche cittadine, ecco quindi giustificato il ruolo dei sindaci e delle amministrazioni comunali.

Il concetto di Città Sana implica un "processo", non solamente un "risultato". Ogni città può essere una Città Sana se si impegna per questo obiettivo e possiede una struttura ed una linea di condotta per lavorare in direzione del proprio miglioramento.

Lavorare per una Città Sana significa coinvolgere tutte le Istituzioni e gli Enti interessati alle specifiche problematiche (intersectorialità) e coinvolgere la Comunità nella scelta delle priorità ed azioni della Città (partecipazione della Comunità).

I cittadini, infatti, sono interlocutori e allo stesso tempo primi protagonisti delle azioni che vengono avviate nell'ambito del progetto.

"Città Sane" significa quindi idee e programmi nuovi per conoscere meglio la città, valutare meglio le esigenze dei suoi cittadini, stimolarne la partecipazione.