

Integration of Immigrants: Critical Notes from an Italian

CASHLI M. (2015), *Measuring the Integration of Immigrants: Critical Notes from an Italian*

Experience, in "International Migration", 53, 4, pp. 107-119.

ESPOSITO V., DI ANGIARDO G. C. (a cura di) (2009), *Indici di integrazione. Un'indagine empirica sulla realtà migratoria italiana*, FrancoAngeli, Milano.

COCCIA B., DI SCRULLO L. (a cura di) (2020), *L'integrazione dimenticata. Riflessioni per un modello italiano di coerenza partecipata tra immigrati e autoctoni*, Istituto di Studi Politici S. Pio V., IDOS, Roma.

COHEN-EMERIQUE M. (2017), *Per un approccio interculturale nelle professioni sociali e educative*, Erickson, Trento.

DI ROSA R. T. (2017), *Politiche sociali. Una professione che cambia*, Erickson, Trento.

DOMINELLI L. (2005), *Il servizio sociale. Una professione che cambia*, Erickson, Trento.

JABBAR A. (2002), *Percorsi migratori: inserimento, marginalità e ruolo del servizio sociale*, in

A. Campanini (a cura di), *Il servizio sociale in una società multietnica*, Unicopli, Milano, pp. 151-7.

NASO P. (2021), *L'esperienza italiana dell'integrazione d'inezza*, in *Dossier statistico immigrazione*, IDOS, Roma, pp. 23-47.

PATTARO C., NIGRIS P. (a cura di) (2018), *Le sfide dell'aiuto. Assistenti sociali nel quotidiano dell'immigrazione*, FrancoAngeli, Milano.

SCIORTINO G. (2015), *È possibile misurare l'integrazione degli immigrati? Lo stato dell'arte*, in "Quaderni del Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale", 63.

ZINCONI G. (2009), *Immigrazione: segnali di integrazione. Sanità, scuola e casa*, Il Mulino, Bologna.

**INTEGRAZIONE SOCIALE** [► Esclusione sociale; Integrazione dei migranti; Migrazioni (immigrazione e immigrati); Servizi sociali]

## INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Tiziano Vecchiato

**Definizione** Nei servizi alla persona l'integrazione è problema tecnico e strategico. Si fa appello all'integrazione quando la natura, le dimensioni e la complessità [►] dei problemi [►] richiedono capacità multiprofessionali [►] Professioni sociali]. È integrazione di responsabilità o di risorse?

Nel primo caso si ha integrazione quando diversi centri di responsabilità condividono obiettivi, risorse e responsabilità per conseguire i risultati attesi [► Fondi sociali; Gestione dei servizi sociali; Organizzazione dei servizi sociali]. Nel secondo l'enfasi è sull'integrazione delle abilità, delle competenze, che insieme generano possibilità di affrontare i problemi. Chi enfatizza l'integrazione delle responsabilità [►] evidenzia che non ci si può limitare a gestire risorse senza responsabilità identificare. Chi sottolinea il secondo aspetto fa leva sull'esigenza di collegare le responsabilità ad azioni commisurate alle risorse disponibili.

L'integrazione è riconoscibile a quattro livelli: *istituzionale* (tra responsabilità pubbliche), *gestionale* (tra responsabilità e risorse pubbliche e private), *profes-*

*sionale* (tra saperi e abilità), *comunitaria* (tra soggetti e risorse del territorio). Insieme questi elementi compongono un alfabeto e una sintassi per l'integrazione, avendo in mente le connessioni tra ambiti operativi (sociale, socio-sanitario e sanitario), la differenza tra interventi sociali a rilevanza sanitaria e interventi sanitari a rilevanza sociale e, soprattutto, che l'integrazione non è un fine ma un mezzo e una condizione necessaria per traguardi impegnativi.

**Cenni storici** Negli anni Settanta e Ottanta del Novecento la ricerca sull'integrazione ha trovato un ambiente originale nel *distretto* e nell'*Unità locale dei servizi*. Negli anni Novanta si è investito sul governo delle risorse, nel lavoro di rete [►], nella presa in carico comunitaria dei problemi. Sono stati sviluppati strumenti facilitanti, quali i piani di zona e gli accordi di programma [► Piano di zona]. Riflettere sull'integrazione ha significato anche misurarsi con le questioni proprie del coinvolgimento e della partecipazione [►], valorizzando le collaborazioni con il volontariato [►] e l'associazionismo [► Terzo settore]. Le esperienze hanno evidenziato la possibilità di strategie a fattura variabile, operando su scala professionale e comunitaria (Agli *et al.*, 1991), a servizio delle persone, delle famiglie e delle comunità locali [► Servizio sociale e comunitari].

La definizione del *Piano sanitario nazionale 1998-2000* può essere considerata una sintesi culturale del dibattito degli ultimi trent'anni del Novecento: «L'integrazione istituzionale si basa sulla necessità di promuovere collaborazioni fra istituzioni diverse (in particolare aziende sanitarie, amministrazioni comunali ecc.) che si organizzano per conseguire comuni obiettivi di salute. Può avvalersi di un'ampia dotazione di strumenti giuridici quali le convenzioni e gli accordi di programma. L'integrazione gestionale si colloca a livello di struttura operativa: in modo unitario nel distretto e in modo specifico nei diversi servizi che lo compongono, individuando configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento atti a garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni. Condizioni necessarie dell'integrazione professionale sono: la costituzione di unità valutarie integrate, la gestione unitaria della documentazione, la valutazione dell'impatto economico delle decisioni, la definizione delle responsabilità nel lavoro integrato, la continuità terapeutica tra ospedale e distretto, la collaborazione tra strutture residenziali e territoriali, la predisposizione di percorsi assistenziali appropriati per tipologie d'intervento, l'utilizzo di indici di complessità delle prestazioni integrate». In questo modo sono stati "formalizzati" aspetti da considerare in via prioritaria. Successivamente i principali percorsi di ricerca sull'integrazione si sono distribuiti su tre versanti: integrazione e sviluppo comunitario, integrazione e lavoro per progetti, integrazione socio-sanitaria (i.s.). La legge 328/2000 ha affrontato il tema dell'integrazione con riferimento ai principi generali della programmazione (art. 3), alle funzioni dei Comuni (art. 6), alle funzioni delle Regioni (art. 8), alle figure professionali (art. 12), alla metodologia per progetti personalizzati (art. 14), ai livelli di programmazione

- CASELLI M. (2015), *Measuring the Integration of Immigrants: Critical Notes from an Italian Experience*, in "International Migration", 53, 4, pp. 107-19.
- CESAREO V., BLANGIARDO G. C. (a cura di) (2009), *Indici di integrazione. Un'indagine empirica sulla realtà migratoria italiana*, FrancoAngeli, Milano.
- COCCIA B., DI SCIULLO L. (a cura di) (2020), *L'integrazione dimenticata. Riflessioni per un modello italiano di convivenza partecipata tra immigrati e autoctoni*, Istituto di Studi Politici S. Pio V, IDOS, Roma.
- COHEN-EMERIQUE M. (2017), *Per un approccio interculturale nelle professioni sociali e educative*, Erickson, Trento.
- DI ROSA R. T. (2017), *Politiche, servizi e migranti: questioni aperte sull'integrazione*, in "La Rivista delle Politiche Sociali", 1, pp. 121-31.
- DOMINELLI L. (2005), *Il servizio sociale. Una professione che cambia*, Erickson, Trento.
- JABBAR A. (2002), *Percorsi migratori: inserimento, marginalità e ruolo del servizio sociale*, in A. Campanini (a cura di), *Il servizio sociale in una società multietnica*, Unicopli, Milano, pp. 151-7.
- NASO P. (2021), *L'esperienza italiana dell'integrazione dimezzata*, in *Dossier statistico immigrazione*, IDOS, Roma, pp. 234-7.
- PATTARO C., NIGRIS D. (a cura di) (2018), *Le sfide dell'aiuto. Assistenti sociali nel quotidiano dell'immigrazione*, FrancoAngeli, Milano.
- SCIORTINO G. (2015), *È possibile misurare l'integrazione degli immigrati? Lo stato dell'arte*, in "Quaderni del Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale", 63.
- ZINCONI G. (2009), *Immigrazione: segnali di integrazione. Sanità, scuola e casa*, Il Mulino, Bologna.

**INTEGRAZIONE SOCIALE** [► Esclusione sociale; Integrazione dei migranti; Migrazioni (immigrazione e immigrati); Servizi sociali]

## INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Tiziano Vecchiato

**Definizione** Nei servizi alla persona l'integrazione è problema tecnico e strategico. Si fa appello all'integrazione quando la natura, le dimensioni e la complessità [►] dei problemi [►] richiedono capacità multiprofessionali [► Professioni sociali]. È integrazione di responsabilità o di risorse?

Nel primo caso si ha integrazione quando diversi centri di responsabilità condividono obiettivi, risorse e responsabilità per conseguire i risultati attesi [► Fondazioni sociali; Gestione dei servizi sociali; Organizzazione dei servizi sociali]. Nel secondo l'enfasi è sull'integrazione delle abilità, delle competenze, che insieme generano possibilità di affrontare i problemi. Chi enfatizza l'integrazione delle responsabilità [►] evidenzia che non ci si può limitare a gestire risorse senza responsabilità identificate. Chi sottolinea il secondo aspetto fa leva sull'esigenza di collegare le responsabilità ad azioni commisurate alle risorse disponibili.

L'integrazione è riconoscibile a quattro livelli: *istituzionale* (tra responsabilità pubbliche), *gestionale* (tra responsabilità e risorse pubbliche e private), *professionale*

*sionale* (tra saperi e abilità), *comunitaria* (tra soggetti e risorse del territorio). Insieme questi elementi compongono un alfabeto e una sintassi per l'integrazione, avendo in mente le connessioni tra ambiti operativi (sociale, sociosanitario e sanitario), la differenza tra interventi sociali a rilevanza sanitaria e interventi sanitari a rilevanza sociale e, soprattutto, che l'integrazione non è un fine ma un mezzo e una condizione necessaria per traguardi impegnativi.

**Cenni storici** Negli anni Settanta e Ottanta del Novecento la ricerca sull'integrazione ha trovato un ambiente originale nel *distretto* e nell'*Unità locale dei servizi*. Negli anni Novanta si è investito sul governo delle risorse, nel lavoro di rete [►], nella presa in carico comunitaria dei problemi. Sono stati sviluppati strumenti facilitanti, quali i piani di zona e gli accordi di programma [► Piano di zona]. Riflettere sull'integrazione ha significato anche misurarsi con le questioni proprie del coinvolgimento e della partecipazione [►], valorizzando le collaborazioni con il volontariato [►] e l'associazionismo [► Terzo settore]. Le esperienze hanno evidenziato la possibilità di strategie a fasatura variabile, operando su scala professionale e comunitaria (Agli *et al.*, 1991), a servizio delle persone, delle famiglie e delle comunità locali [► Servizio sociale e comunità].

La definizione del *Piano sanitario nazionale 1998-2000* può essere considerata una sintesi culturale del dibattito degli ultimi trent'anni del Novecento: «L'integrazione istituzionale si basa sulla necessità di promuovere collaborazioni fra istituzioni diverse (in particolare aziende sanitarie, amministrazioni comunali ecc.) che si organizzano per conseguire comuni obiettivi di salute. Può avvalersi di un'ampia dotazione di strumenti giuridici quali le convenzioni e gli accordi di programma. L'integrazione gestionale si colloca a livello di struttura operativa: in modo unitario nel distretto e in modo specifico nei diversi servizi che lo compongono, individuando configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento atti a garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni. Condizioni necessarie dell'integrazione professionale sono: la costituzione di unità valutative integrate, la gestione unitaria della documentazione, la valutazione dell'impatto economico delle decisioni, la definizione delle responsabilità nel lavoro integrato, la continuità terapeutica tra ospedale e distretto, la collaborazione tra strutture residenziali e territoriali, la predisposizione di percorsi assistenziali appropriati per tipologie d'intervento, l'utilizzo di indici di complessità delle prestazioni integrate». In questo modo sono stati "formalizzati" aspetti da considerare in via prioritaria. Successivamente i principali percorsi di ricerca sull'integrazione si sono distribuiti su tre versanti: integrazione e sviluppo comunitario, integrazione e lavoro per progetti, integrazione sociosanitaria (i.s.).

La legge 328/2000 ha affrontato il tema dell'integrazione con riferimento ai principi generali della programmazione (art. 3), alle funzioni dei Comuni (art. 6), alle funzioni delle Regioni (art. 8), alle figure professionali (art. 12), alla metodologia per progetti personalizzati (art. 14), ai livelli di programmazione

(art. 18), ai piani di zona (art. 19), alla definizione dei livelli di assistenza (art. 22). Il *Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003* ha chiesto di integrare le scelte del programma delle attività territoriali e quelle del piano di zona evidenziando la necessità di «garantire unitarietà al processo programmatico rendendo tra loro compatibili le scelte previste dal Programma delle attività territoriali (di cui all'art. 3-*quater* del D.Lgs. 229/1999) e dal piano di zona (di cui all'art. 19 della legge 328/2000)».

La riflessione e la ricerca degli ultimi dieci anni hanno meglio definito i caratteri degli interventi integrati sociosanitari, intesi come area specifica di azione, con riferimento alle responsabilità per finanziarli, alle condizioni per garantire i livelli essenziali di assistenza sociosanitaria, ai loro costi (Bezze, 2003), ai criteri di finanziamento a carico delle Unità sanitarie locali e dei Comuni, in modo coerente con l'atto di indirizzo sull'i.s. (*G.U.*, 6 giugno 2001, n. 129). Soluzioni parziali sono state trovate nel case o care management, in chiave più gestionale nel case manager, più professionale nel care manager [► *Case management*]. Ma si è creato nel tempo uno sbilanciamento tra soluzioni proposte e attuazioni inadeguate.

**Basi teoriche** L'i.s. è condizione tecnica e strategica per dare risposte a bisogni multifattoriali (Vecchiato, 2009) con una presa in carico multiprofessionale [► *Équipe*]. Le prestazioni sociosanitarie sono tecnicamente identificate nelle aree materno-infantile, anziani, disabilità, patologie psichiatriche, dipendenze da droga, alcol e farmaci, patologie derivate da HIV, patologie oncologiche, patologie cronico-degenerative (art. 3-*septies*, D.Lgs. 229/1999). Si costruisce integrazione investendo nella continuità assistenziale [►] e nella qualificazione delle responsabilità gestionali e professionali.

La riflessione teorica e metodologica sta considerando aree specifiche quali la natura e valutazione del bisogno (con diagnosi e prognosi sociosanitarie), la complessità, intensità e durata dell'intervento assistenziale (piano integrato), la valutazione degli esiti. Una sintesi metodologica è contenuta nell'art. 2 dell'atto di indirizzo sull'i.s.: i "progetti personalizzati" sono redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali, tenendo conto di: *a*) funzioni psicofisiche; *b*) natura delle attività del soggetto e relative limitazioni; *c*) modalità di partecipazione alla vita sociale; *d*) fattori di contesto ambientale e familiare che incidono nella risposta al bisogno e nel suo superamento [► *Progetto*].

Si sta inoltre investendo sul rapporto tra teoria e pratiche valutative, per verificare gli esiti del lavoro integrato (Canali, Vecchiato, Whittaker, 2008; Zeira *et al.*, 2008) [► *Valutazione dei servizi*]. Un punto chiave di natura teorica è la possibilità di rendere isomorfe la valutazione del bisogno e la valutazione di esito, con metodi capaci di integrare la diagnosi con la prognosi di esito, gli accordi di risultato con quelli di esito, utilizzando fattori osservabili e misurabili, tra loro integrati, di tipo qualitativo e quantitativo (Vecchiato, Mazzini, 2008; Maluccio *et al.*, 2011; Vecchiato, 2015).

**Dibattito attuale e prospettive** Approfondimenti in corso, anche a livello sperimentale, riguardano la gestione interprofessionale degli interventi e le condizioni di efficacia, con riferimento a diverse tipologie di bisogno [►]. Un'area di sviluppo è inoltre rappresentata dalle questioni etiche emergenti nel lavoro interprofessionale (Fondazione Emanuela Zancan, 2004).

La ricerca sta portando contributi originali su questioni riguardanti: tipologie di prestazioni e servizi sociosanitari, valutazione dei costi, strumenti per la valutazione del bisogno e di esito (Maluccio *et al.*, 2011), formazione integrata (Diomede Canevini, Vecchiato, 2002), valutazione partecipata. Si possono prefigurare interessanti sviluppi in materia di evidenze professionali e scientifiche, necessarie per irrobustire l'apporto che l'integrazione può dare all'efficacia delle pratiche professionali.

Sul piano istituzionale, il tema dell'integrazione professionale è stato fortemente sollecitato dai cambiamenti nei sistemi regionali di welfare, dopo le modifiche costituzionali del 2001 e la legge 42/2009 sul federalismo fiscale e su fabbisogni e costi standard delle risposte integrate.

Ha avuto un'accelerazione con la legge 234/2021 sui temi dei livelli essenziali prestazioni sociali (LEPS), degli Ambiti territoriali sociali (ATS), dei Punti unici di accesso (PUA) con sede operativa presso le Case della Comunità, intese come luoghi privilegiati per l'integrazione sociosanitaria fin dalla fase di accesso. L'attuazione dei livelli di assistenza sociosanitaria contribuirà a qualificare le pratiche integrate [► Livelli di essenziali]. Infine molte attenzioni si stanno concentrando sulla classificazione degli interventi (Ezell *et al.*, 2011), la tutela dei diritti delle persone non autosufficienti, lo sviluppo di nuovi strumenti per valutare bisogni, esiti e costo/efficacia. Lo sforzo maggiore in Italia e in altri paesi va cioè verso le condizioni di rendimento dell'integrazione, valorizzando ogni tipo di apporto, professionale e non professionale [► Équipe; Professioni sociali], cercando evidenze utili per potenziare i risultati del lavoro integrato.

AGLI F. *et al.* (1991), *L'integrazione metodologica e organizzativa nel distretto di base*, Fondazione Emanuela Zancan, Padova.

BEZZE M. (2003), *Livelli essenziali di assistenza e costi dell'integrazione sociosanitaria*, in "Studi Zancan. Politiche e servizi alle persone", 2, pp. 150-62.

CANALI C., VECCHIATO T., WHITTAKER J. K. (eds.) (2008), *Assessing the "Evidence-Base" of Intervention for Vulnerable Children and Their Families*, Fondazione Emanuela Zancan, Padova.

DIOMEDE CANEVINI M., VECCHIATO T. (a cura di) (2002), *L'integrazione delle professionalità nei servizi alle persone*, Fondazione Emanuela Zancan, Padova.

EZELL M. *et al.* (2011), *An International Classification System for Child Welfare Programs*, in "Children and Youth Services Review", 33, pp. 1847-54.

FONDAZIONE EMANUELA ZANCAN (2004), *Carta etica delle professioni che operano a servizio delle persone*, in "Studi Zancan. Politiche e servizi alle persone", 2.

MALUCCIO A. N. *et al.* (eds.) (2011), *Improving Outcomes for Children and Families: Findings and Using International Evidence*, Kingsley, London-Philadelphia (PA).