

Teoria e pratica dell'integrazione socio-sanitaria territoriale: modelli organizzativi e divario territoriale

Angelo Mari

Docente di Programmazione e direzione amministrativa, Lumsa Roma. Già dirigente generale della Presidenza del Consiglio dei Ministri

L'integrazione socio-sanitaria territoriale può essere esaminata sotto molteplici punti di vista. In questo contributo l'analisi è svolta secondo una lettura politico-amministrativa del processo di riforma in atto. I nodi centrali considerati sono relativi alla filiera decisionale, ai livelli di integrazione e coordinamento, alla dimensione organizzativa, alla rilevanza quantitativa e qualitativa delle risorse umane impiegate e da impiegare. Ne scaturisce un affresco con luci e ombre che, pur mostrando ancora significativi divari geografici, lascia intravedere un tendenziale allineamento tra enunciati teorici ed esperienze pratiche, anche se il percorso di innovazione intrapreso appare ancora lungo e impegnativo.

La necessaria coerenza nella filiera decisionale

Quando ci si interroga sulla efficacia e sulla effettività delle riforme amministrative occorre sempre riguardare il tema secondo l'ottica della filiera decisionale. Bisogna seguire cioè l'*iter* che dalle statuizio-

ni normative arriva alle concrete realizzazioni, passando per l'adozione di atti amministrativi, generali e puntuali, che costituiscono spesso il presupposto per le connesse prassi professionali.

D'altro canto il rischio che dalla "teoria" affermata nella legislazione – e spesso ispirata dalla Costituzio-



Welfare Oggi 2 - 2025

ne – si giunga alla “pratica” che ne distorce e ne deprime il senso è sempre in agguato (Cassese, 2000). Così come è alta la probabilità che le riforme avviate restino incomplete. È evidente che ciò dipende da come viene condotto e si svolge il “gioco strategico” che, secondo la scienza politica, si compone di cinque elementi: a) gli attori; b) le risorse a disposizione; c) le regole formali e informali; d) la posta in palio; e) le strategie messe in atto dai giocatori (Toth, 2020).

Seguendo questa chiave metodologica, nelle note che seguono è svolta una lettura politico-amministrativa del processo di realizzazione dell’integrazione socio-sanitaria in atto, per poi formulare qualche riflessione prospettica.

I livelli di integrazione

Nel contesto delle politiche sociali e sanitarie, il concetto di integrazione non rappresenta di per sé un fine, ma piuttosto un mezzo e un metodo che permette di raggiungere gli obiettivi strategici stabiliti (Rossi, 2018). Si fa riferimento, in genere, a quattro punti di intersezione: istituzionale, che consente il raccordo tra le responsabilità pubbliche; gestionale, relativo all’ottimale missaggio delle risorse pubbliche e private a disposizione; professionale, volto a mettere a sistema specifici saperi e abilità propri di ciascun professionista; comunitario, ispirato alla più ampia partecipazione delle persone e delle organizzazioni presenti sul territorio (Busatta, 2023).

È chiaro che così concepita l’integrazione non può essere relegata soltanto alla definizione di chi paga che cosa, ma va oltre, costituendo uno strumento di forte dialogo tra tutti i protagonisti dell’organizzazione e gestione dei servizi posti in stretta connessione con il coinvolgimento diretto delle persone utenti.

Non va trascurato poi che l’integrazione così delineata in termini teorici va calata nei concreti contesti ordinamentali. In Italia entrano in gioco e sono compresenti tutti i livelli di governo chiamati a definire le regole e a strutturare i servizi secondo meccanismi decisionali relativamente indipendenti. Pertanto, non si può configurare in astratto la soluzione migliore, buona per tutte le situazioni, in quanto il sistema presuppone e richiede ampi gradi di flessibilità, che trovano il massimo momento unificante nella definizio-

ne centrale dei livelli essenziali di assistenza e di prestazione sociale.

In tal senso sembra muoversi il decreto ministeriale n. 77/2022, che, nonostante le perplessità espresse da alcune regioni, ha definito i modelli *standard* per lo sviluppo del sistema territoriale nel Servizio sanitario nazionale. In effetti, ciò trova conferma nell’articolazione del testo in due parti: una, più ampia, descrittiva, adattabile alle diverse situazioni; l’altra, più contenuta, prescrittiva, quindi vincolante.

È certo che, per l’integrazione socio-sanitaria, un ruolo determinante sarà svolto dallo sviluppo sempre più ampio della digitalizzazione dei servizi e, in particolare, della telemedicina e dei sistemi informativi (Ferraro, 2022), nonché dai meccanismi di co-programmazione e co-progettazione disciplinati dal codice del terzo settore (Antonini e Zamagni, 2025).

Modelli organizzativi e divari geografici

Negli ultimi tre decenni, vale a dire da quando, sulla spinta della crisi economica, si è tentato di rendere più produttivo ed efficiente l’intero sistema sanitario nazionale con l’aziendalizzazione e la razionalizzazione degli organismi presenti sul territorio, si è assistito ad un indubbio impoverimento strutturale che si è manifestato in tutta la sua drammaticità durante il periodo della pandemia.

Per questo in occasione del varo del Piano nazionale di ripresa e resilienza si è pensato di introdurre un rinnovato sistema di *governance* territoriale basato sull’individuazione dei bisogni sanitari correlati con la loro dimensione sociale; il tutto ispirato ad un concetto di prossimità e integrazione di strutture, persone e reti, per la verità già presenti nella legge n. 328/2000 sul sistema integrato dei servizi sociali ed in parte esplicitate nel d.P.C.M. 14 febbraio 2001, che ha varato il primo Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie.

Il modello così concepito è imperniato su un archetipo antropocentrico, che prevede la rimodulazione dei servizi e delle prestazioni offerte affinché siano il più possibile prossimi all’utente raggiungendolo fino al suo domicilio, che diviene il primo e fondamentale luogo di cura (Consiglio di Stato, parere n. 881/2022).

Pertanto, le principali finalità della riforma sono: costruire una rete assistenziale territoriale accessibile a tutti, contrastando le disparità determinate dai livelli di reddito ovvero dall'area geografica di appartenenza; garantire la continuità delle cure a favore di persone in condizioni di cronicità/fragilità e disabilità che comportano il rischio di non autosufficienza anche attraverso l'integrazione tra il servizio sociale e quello sanitario.

In tal senso, una prima indicazione è consistita nel far coincidere i Distretti sanitari con gli Ambiti territoriali sociali. Vi è da dire che il processo è quasi completato qualora si consideri che a livello nazionale sono attivi 568 distretti di cui 493 coincidono con gli ambiti territoriali sociali. Più problematica si è rivelata l'effettiva attivazione delle nuove strutture previste. Ad esempio, alla fine del 2024 sulle 1.421 Case di comunità programmate, risultavano attive soltanto 268, soprattutto nel Centro Nord. Stesso discorso per gli Ospedali di comunità, dove sui 429 previsti erano attivi 56. Meglio la situazione delle Centrali operative territoriali (COT), per le quali a fronte delle 461 previste erano pienamente funzionanti 362, anche se molte regioni del Sud ne erano completamente sprovviste: Molise, Campania, Puglia, Basilicata e Calabria (Ifel, 2024).

Quantità e qualità del personale

Uno dei temi centrali del percorso di riforma è rappresentato dal personale. In effetti, sia le strutture tradizionali sia le nuove strutture richiedono per poter funzionare al meglio adeguate risorse umane che vanno impiegate per i servizi di cura, i servizi sociali e i servizi amministrativi.

Per affrontare questo tema occorre porsi in un'ottica prospettica cercando di considerare alcuni elementi cruciali: le effettive esigenze; le capacità di reclutamento; il tasso di pensionamento; il numero di nuovi laureati.

Non va poi trascurato l'apporto che viene dato dalle reti informali e dai *caregiver* (Gagliardi, 2024) che entrano a pieno titolo tra gli interpreti del sistema. Cominciando dagli assistenti sociali, si può dire che dei 47.783 iscritti all'albo, lavorano nei comuni 13.141. Stando a quanto previsto dal noto Livello essenziale

di un professionista ogni 4.000 abitanti fissato dalla legge di bilancio 2021, ne servono complessivamente 14.743; pertanto devono essere ancora assunti circa 1.602 professionisti, anche se stime più attente mostrano che questo numero sale a 4.607, se si considerano anche le stabilizzazioni di personale già dipendente a tempo determinato. Inoltre, dei 566 Ambiti territoriali sociali, soltanto 94 hanno raggiunto questo target, e in alcune regioni nemmeno un ambito ha raggiunto ancora l'obiettivo: Umbria, Lazio, Molise, Campania, Basilicata, Calabria (Upb, 2025). Va poi considerato che nei prossimi cinque anni andranno in pensione circa settemila assistenti, che dovranno essere sostituiti con ingresso di nuovi assunti (nostra elaborazione su dati Cnoas.org).

Passando agli infermieri, la situazione appare parecchio critica. Infatti, si è stimato che per dare piena attuazione alla riforma ne servono 36.153; inoltre, il periodo 2020-2026 è interessato da 52.035 pensionamenti; ciò significa che a regime servono complessivamente



Welfare Oggi 2 - 2025

88.188 nuove assunzioni; queste non riescono ad essere coperte dai nuovi laureati che nel periodo considerato si stimano essere circa 85.000 (Pesaresi, 2022).

Nell'immediato, analoga situazione si presenta per i medici. Nel periodo 2024-2026 il numero dei pensionamenti è maggiore rispetto al numero dei laureati (38.705 pensionati a fronte di 31.054 laureati), le carenze più rilevanti si stanno verificando nei medici di medicina generale, il *trend* migliorerà a partire dall'anno 2027 (Centro studi FNOMCeO, 2024). Da questi pochi dati si possono trarre due conseguenze. La prima è relativa al rischio di introdurre nelle strutture, quando va bene, un numero consistente di personale precario e sottopagato, soprattutto nel versante sociale. La seconda si lega al ruolo dei decisori di accelerare e portare a compimento velocemente le procedure di reclutamento e di stabilizzazione per le quali il recente decreto legge n. 25/2025 ha prorogato il termine di attuazione.

Accanto alle richiamate esigenze di tipo quantitativo, vanno anche considerate quelle qualitative. Il tema va affrontato innanzitutto in relazione alla necessità di formazione, specifica e continua, volta a far acquisire ai diversi professionisti la consapevolezza dell'importanza e della portata del nuovo modello in un'ottica corale e interprofessionale (d.m. n. 77/2022); poi, occorre porre attenzione al più complesso e delicato ruolo fondamentale svolto dal personale politico, anch'esso da potenziare con percorsi di aggiornamento e di acquisizione delle conoscenze scientifiche indispensabili per svolgere al meglio i delicati compiti decisionali strategici ad esso affidati.

La disomogeneità dei finanziamenti

Il tema dei finanziamenti pubblici della sanità e dei servizi sociali è perennemente al centro del dibattito politico e all'attenzione dell'opinione pubblica.

Ai nostri fini è sufficiente mettere in evidenza due aspetti cruciali: l'andamento della spesa e, anche qui, il permanere di significativi divari territoriali.

Se si esamina l'andamento della spesa pubblica sotto il primo aspetto, è facile rilevare come negli ultimi dieci anni l'ammontare complessivo delle risorse destinate ad entrambi i settori sia costantemente aumentato, dopo i drastici tagli operati in passato. Quel-

la che è diminuita è l'incidenza rispetto al Prodotto interno lordo: per la sanità, che assorbe oggi poco più di 130 miliardi, si è passati dal 6,6% del 2017 al 6,1% del 2023; per il complesso socio-sanitario, che assorbe circa 155 miliardi, si è passati dal 10,5% del 2017 al 9,4% del 2023 (Crea, 2024). In una situazione europea dove i Paesi a noi paragonabili destinano per la sola tutela della salute risorse finanziarie in rapporto al Pil molto più rilevanti: 10,9% Germania; 10,3% Francia; 9,3% Regno Unito; 7,3% Spagna (Corte dei conti, sez. autonomie, n. 4/2024). E lo stesso vale per la spesa sociale gestita dagli enti territoriali: Italia, 0,7% del Pil; Germania 2,8%, Francia 2,1%. Non solo: soprattutto per il sociale permane la cronica forbice di divario territoriale della spesa pro-capite che va dai 37 euro della Calabria ai 429 del Trentino-Alto Adige (Mari, 2022). Un impulso importante per il socio sanitario territoriale è dato dai 7,5 miliardi di euro aggiuntivi previsti dal Pnrr, che tuttavia stentano ad essere spesi nei tempi previsti. Si consideri che, a gennaio 2025, la spesa effettiva dichiarata ammontava soltanto a circa 732 milioni (Uil, 2025). Non va poi trascurata la spesa privata che tende ad aumentare – più 26,8% negli ultimi dieci anni, attestandosi nell'anno 2023 a oltre i 40,5 miliardi di euro. Ammontare che rappresenta circa il 2% del Pil. Anche qui esistono differenze tra Sud, con livelli di spesa ridotta, rispetto al Centro e al Nord del Paese (Gimbe, 2025).

In sostanza, nei prossimi anni sarà necessario adeguare la spesa pubblica socio-sanitaria, che ormai è considerata dalla stessa Corte costituzionale come una "spesa costituzionalmente necessaria", non più legata quindi al vecchio concetto di "diritti sociali condizionati" dalla disponibilità delle risorse finanziarie (da ultimo, sentenza n. 195/2024). Non bisogna sottovalutare infine l'esigenza di "investire in salute" in tutte le politiche e non solo nello stretto ambito sociale e sanitario secondo il noto approccio *One Health* (Busatta, 2023).

La posta in gioco

Giunti a questo punto ci si può chiedere quale sia la posta in gioco e quali possano essere le prospettive. Va innanzi tutto delineato lo scenario socio-economico che abbiamo di fronte, che ovviamente non è neu-



tro rispetto ai temi qui trattati. È sufficiente far riferimento ad alcuni indicatori riferiti agli ultimi anni: il tasso di occupazione della popolazione in età 20-64 anni tende ad aumentare complessivamente, creando però un forte divario territoriale tra Centro Nord, in crescita (sopra il 70%), e Sud, in diminuzione (intorno al 50%); il Pil pro-capite è stabile al Centro Nord (sopra i 40.000 euro), in decrescita al Sud (sotto i 25.000 euro). L'incidenza della povertà assoluta nel Sud è sopra il 10% delle famiglie, mentre al Centro Nord è di poco superiore al 6%. La speranza di vita complessiva è in leggero aumento, ma quella in buona salute è strettamente legata al Pil pro-capite: si va dai 56 anni nelle regioni del Sud ai 66 anni nella Provincia autonoma di Bolzano (Crea, 2024).

Se da questi dati "oggettivi" si passa all'analisi della percezione delle persone, la percentuale di soddisfazione del servizio sanitario di base, specialistico e ospedaliero, è tendenzialmente più bassa al Sud, 65%, rispetto al Centro, 71% e al Nord, 78% (Svimez, 2024). Lo scenario delineato richiede un forte impulso sia per completare il percorso di riforma per una effettiva integrazione socio-sanitaria, sia per colmare i divari territoriali ancora esistenti, sia infine per assicurare un approccio intergenerazionale, vale a dire tenendo conto dell'impatto delle scelte attuali sulla salute delle future generazioni, così come indicato dall'Agenda 2030 dell'ONU sullo sviluppo sostenibile.

Per fare questo, oltre a mantenere livelli adeguati e sostenibili di spesa pubblica, è essenziale individuare e far emergere tutte le potenzialità in campo e le buone pratiche, che sono presenti al Sud, a volte più che al Centro Nord. Ciò significa ricercare e condividere le esperienze migliori, soprattutto in funzione di promozione e prevenzione, superando la cosiddetta medicina di attesa e riparativa. Occorre inoltre investire molto sul capitale umano, sviluppando e aggiornando conoscenze e competenze professionali, attraverso percorsi di formazione continua, la costruzione di comunità di pratiche e la strutturazione di efficienti *équipe* multiprofessionali, che si potranno giovare inoltre dello spazio sempre maggiore da dare alla partecipazione attiva delle persone utenti e del coinvolgimento delle formazioni sociali. Occorre in definitiva consentire lo sviluppo della "sussidiarietà circolare" che si alimenta dalla partecipazione della citta-

dinanza attiva in stretta collaborazione con le istituzioni e in grado di adattare le soluzioni organizzative alla concreta realtà territoriale di riferimento, entrando nell'ottica di attingere a "quella risorsa straordinaria che è la responsabilità" (Antonini e Zamagni, 2025). In questo modo problemi complessi possono essere risolti e gestiti con soluzioni innovative non standardizzate, in grado di porre attenzione sugli obiettivi e sulle attività necessarie a raggiungerli, partendo dalla consapevolezza che il rapporto di cura non si esaurisce nella singola erogazione, ma richiede una relazione articolata, che si sviluppa nel tempo e che si sostanzia in una presa in carico olistica e integrata (Pioggia, 2024).

Bibliografia

- AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI, *Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio dm 77/2022*, II semestre 2024.
- ANTONINI L., ZAMAGNI S. (2025), *Pensare la sanità. Terapie per la sanità malata*, Studium, Roma.
- BUSATTA L., *Potenzialità e aspetti critici del nuovo volto della sanità territoriale, tra esigenze di uniformità e difficoltà attuative*, in "federalismi.it", n. 26/2023.
- CASSESE S., *Teoria e pratica dell'eguaglianza*, in "Giornale di diritto amministrativo", n. 11/2000.
- CREA SANITÀ, *Manutenzione o trasformazione: l'intervento pubblico in sanità al bivio*, 20° Rapporto, dicembre 2024.
- DECRETO MINISTERO DELLA SALUTE 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale".
- FERRARO L., *La telemedicina quale nuova (e problematica) frontiera del diritto alla salute*, in "Diritto dell'Informazione e dell'Informatica", n. 4-5/2022.
- GAGLIARDI B., *Il Modello a rete come principio organizzatore per l'adeguatezza in sanità*, in "Diritto amministrativo", n. 3/2024.
- GIMBE, *La spesa sanitaria privata in Italia nel 2023*, "Report Osservatorio", n. 2/2025.
- IFEL FONDAZIONE ANCI, *Salute e territorio. I servizi socio-sanitari dei comuni italiani*, Rapporto 2025.

Welfare Oggi 2 - 2025

MARI A. (2022), *Fondi sociali*, in “Nuovo dizionario di servizio sociale” diretto da A. CAMPANINI, Carocci, Roma, pp. 234-237.

PESARESI F., *Il DM 77/2022 sull’assistenza sanitaria territoriale*, in “Welfare Ebook”, n. 7/2022.

PIANO NAZIONALE DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI, 2024-2026.

PIOGGIA A., *Quale sostenibilità per il servizio sanitario italiano?* in “Diritto amministrativo”, n. 3/2024.

ROSSI E., *Il “socio-sanitario”: una scommessa incompiuta?*, in “Rivista AIC”, n. 2/2018.

SVIMEZ, *Un Paese due cure. I divari Nord-Sud nel diritto alla salute*, febbraio 2024.

TOTH F. (2020), *Le politiche sanitarie: un gioco strategico*, in G. CAPANO, A. NATALINI (a cura di), *Le politiche pubbliche in Italia*, il Mulino, Bologna, pp. 147-162.

UFFICIO PARLAMENTARE DI BILANCIO, *L’assistenza sanitaria territoriale: una sfida per il Servizio sanitario nazionale*, in “Focus tematico n. 2”, 13 marzo 2023.

UFFICIO PARLAMENTARE DI BILANCIO, *L’attuazione del Livello essenziale delle prestazioni di assistenza sociale: un aggiornamento sul reclutamento degli assistenti sociali*, in “Flash n. 1”, 10 marzo 2025.

UIL PENSIONATI, *PNNR: monitoraggio dell’attuazione della Missione 6, componente 1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale*, gennaio 2025.