

# Comunità di pratica – Campania

## Incontro n. 3 del 20 -04-2021

<b>Data riunione (da remoto)</b>	20.04.2021
<b>Durata</b>	3 h (14,00-17,00)
<b>Tematica</b>	L'integrazione socio-sanitaria e la collaborazione con i servizi specialistici nella presa in carico dei beneficiari di RdC
<b>Ambiti Territoriali componenti la CdP</b>	23
<b>Ambiti Territoriali e referenti presenti</b>	12: C02 Maddaloni, N12 Pozzuoli, N14 Giugliano, N17 Sant'Antimo, N18 Casoria, N20 Acerra, N22 Somma Vesuviana, N23 Nola, N31 Torre del Greco, N32 sant'Antonio Abate, S01_3 Azienda Consortile Agrosolidale, S04 Pontecagnano Faiano
<b>Coordinamento</b>	Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali: Enrica Pietra Caprina, Laura Troja Banca Mondiale: Cristiana Morbelli, Alessandra Marini, Laura Figazzolo, Daniela Mesini, Ettore Vittorio Uccellini, Mario Gatto, Giovanni Conigliaro

## Restituzione

### Introduzione alla tematica

Il MLPS ha introdotto la tematica dell'integrazione socio-sanitaria fornendo, attraverso la presentazione dei dati disponibili, una panoramica sullo stato dell'attività di presa in carico degli ATS sulla piattaforma GePI al 31/12/2020, con un focus specifico sugli indicatori inerenti alla quantità e la qualità dei processi di integrazione socio-sanitaria, le prese in carico complesse e il coinvolgimento dei servizi specialistici, e il relativo benchmarking tra i territori della CdP e i valori medi a livello nazionale e regionale.

Su questa base si è avviato il confronto e la riflessione tra i partecipanti, che, attraverso contributi e commenti informati dalle rispettive esperienze hanno extrapolato alcuni punti di forza e debolezza dei processi di integrazione socio-sanitaria e valutazione dei bisogni complessi, fornendo preziose chiavi di lettura delle misure risultanti dai dati caricati sulla Piattaforma GEPI.

### Il questionario sull'integrazione socio-sanitaria in Campania

Il team di BM ha effettuato una breve presentazione delle problematiche afferenti all'integrazione socio-sanitaria sui territori partecipanti alla Comunità di pratica, risultanti dalla rilevazione condotta attraverso l'invio di un questionario riguardante le modalità di costituzione delle equipe multidisciplinari e le modalità di invio dei beneficiari ai servizi specialistici. I territori hanno evidenziato un panorama che, in linea con quello risultante dai

dati presentati, è caratterizzato da un esiguo ricorso alle equipe multidisciplinari per la presa in carico di bisogni complessi (esito C), ed un numero estremamente ridotto di esiti D sulla Piattaforma GePI (corrispondenti a meno del 2% del totale degli esiti delle analisi preliminari effettuate a livello regionale). Tra le cause sono state segnalate: il consistente carico di lavoro degli operatori, che spesso è all'origine di una forzatura degli esiti nella direzione dei patti semplificati (molto del lavoro viene ancora svolto extra-piattaforma così accade che alcuni esiti D non risultino in GePI); la mancanza di protocolli e forme strutturate di collaborazione tra servizi; la scarsa collaborazione e condivisione di informazioni fra servizi; l'interruzione delle attività di valutazione causata dal lockdown del 2020. A seguire, alcuni ATS hanno condiviso le proprie esperienze di collaborazione con i servizi sanitari del territorio e le modalità di gestione degli invii ai servizi specialistici.

### I contributi e i tratti salienti delle esperienze dei territori

**ATS N17 (capofila Sant'Antimo)** ha evidenziato i risvolti critici che hanno fatto seguito al Commissariamento del Comune ed il rallentamento e le difficoltà che ne sono derivate a livello di coordinamento interistituzionale, anche perché il Commissario guarda al Comune, non all'ATS. Rileva poi che, benchè sia in essere un Accordo di Programma (obbligatorio in Campania per la presentazione del Piano di Zona), nella realtà è assente una reale prassi di programmazione condivisa che si sviluppa a partire dalla documentazione e dalla valutazione dei processi. Manca di fatto l'impegno ad un concreto percorso di integrazione fra settore sociale e sanitario, che vada al di là della mera ripartizione della spesa e degli impegni economici. Gli Accordi di Programma disciplinano la materia come da norma, ma non toccano l'organizzazione dei processi e le modalità di collaborazione operativa, con la conseguenza che la misura e la qualità della collaborazione è spesso lasciata all'iniziativa ed alle sensibilità personali dei singoli professionisti. Altre difficoltà derivano dalla carenza e dalla lentezza nello scambio di informazioni, dall'assenza di una collaborazione strutturata tra i servizi e tra gli operatori, che genera anche una difforme interpretazione delle norme e delle procedure, come per esempio avviene in materia di non autosufficienza, dove di fatto c'è "uno scontro aperto", dovuto alla non convergenza sulle definizioni e ai molti casi che conseguentemente rimangono a carico dei soli servizi sociali. Non si è per esempio neanche riusciti ad ottenere l'attivazione dell'U.V.I. per poter produrre un Piano sull'assegno di cura. A queste criticità si aggiunge la mancanza di una forma di gestione associata dell'ATS, che complica l'interlocuzione con il sanitario del Distretto e ostacola la definizione ed il consolidamento di forme di coordinamento e integrazione organizzative tra i servizi. Al riguardo si osserva che non essere costituiti in azienda consortile fa la differenza per quanto concerne l'integrazione organizzativa e l'adozione di Protocolli ad hoc. D'altra parte anche a livello regionale si guarda prevalentemente ai consorzi, mentre il resto rimane in una sorta di limbo. Ovviamente anche l'emergenza sanitaria legata al Covid ha concorso a rallentare e rendere più tortuosa la presa in carico di casi con bisogni complessi. Viene infine evidenziato che molto del lavoro di invio ai servizi sanitari avviene al di fuori della piattaforma GePI, perché le prese in carico (valutazioni e progettazioni) degli utenti beneficiari di RdC che erano già in carico ai Servizi socio-sanitari del Distretto precedentemente all'avvio della misura non vengono caricate sulla Piattaforma. Si segnala anche una certa refrattarietà dei servizi specialistici ad occuparsi del sociale, così come ad agganciare un progetto di recupero terapeutico a contributi di tipo economico.

**ATS N30 (capofila Torre Annunziata)** ha denunciato la grande complessità dei territori nei quali operano i servizi sociali ed una importante criticità derivante dalla scarsa strutturazione del sistema dei servizi sociali, dovuta anche all'esigenza di operare in costante emergenza, senza un reale governo dei processi basato sull'analisi dei dati. Sul territorio però non c'è cultura dell'analisi del dato. Viene rilevato anche che la Piattaforma GEPI risponde ad un'esigenza di raccolta di informazioni prima che alle esigenze inerenti la gestione del caso, ma sul territorio non ci sono profili adeguati per garantire il caricamento di tutto il dettaglio informativo richiesto, che finisce per essere troppo oneroso per gli ATS. Ciò anche a causa della precarietà del personale impiegato, che contribuisce ad ostacolare e disincentivare il lavoro di raccolta dei dati a fini analitici, per la quale gli operatori, in assenza di una prospettiva di lavoro di medio-lungo termine che permetta loro di potersene servire, hanno un basso interesse.

In questo quadro le difficoltà che connotano i processi di integrazione socio-sanitaria e le prese in carico complesse testimoniano quindi di una rappresentazione del lavoro sociale non sempre corrispondente alla realtà e alle effettive necessità dei territori, e sono alimentate dall'inadeguatezza della disponibilità di operatori rispetto al carico di lavoro, anche se le rilevanti risorse rese disponibili a valere sul PON-Inclusione e sulla Quota Servizi Fondo Povertà hanno rappresentato una grande opportunità per il potenziamento degli organici ed il rafforzamento dei servizi sociali e della relativa capacità di presa in carico. Grazie al personale acquisito con queste risorse si è estesa la capacità di assistenza e il sociale è in grado di intervenire (e interviene) "sulla qualunque". Al momento invece, per quanto riguarda l'integrazione socio-sanitaria si è ancora molto indietro e la collaborazione con i servizi della ASP rimane molto faticosa, tanto che "quando non è indispensabile passarci è preferibile non farlo". L'orientamento dell'ATS è stato semmai quello di acquisire, attraverso l'assunzione diretta delle figure professionali necessarie a valere sul PON, quali ad esempio 3 psicologi, la maggiore autonomia possibile nel rispondere ai bisogni complessi, nonché di dotarsi, attraverso la creazione di un centro per le famiglie e un servizio di assistenza educativa territoriale per tutti, di servizi rivolti ai nuclei famigliari nella loro interezza, che in quanto tali favoriscono l'integrazione degli interventi sociali e possono utilmente contribuire a promuovere il necessario superamento di quella logica categoriale che è ancora presente nel sociale. La fatica e le difficoltà che caratterizzano il rapporto con l'ASL derivano anche dal fatto che nella cultura dei servizi il sociale è ancora "figlio di un Dio minore" e questo rafforza l'autoreferenzialità del Sanitario del territorio. Basti considerare che per l'approvazione dei Piani delle attività territoriali aziendali non è previsto alcun coinvolgimento dei Sindaci, mentre ai fini del finanziamento da parte della regione, per l'approvazione del Piano di Zona e delle relative schede sull'integrazione socio-sanitaria elaborate dagli ATS è obbligatorio acquisire il "consenso" dell'ASP (che peraltro, stante la carente disponibilità di dati, non offre contributi rilevanti all'elaborazione). La tradizionale separazione delle due programmazioni (sociale e sanitaria) d'altra parte rappresenta una criticità di fondo, che ha ripercussioni anche a livello operativo. Anche per questo, benchè da circa 20 anni siano attive le Unità di Valutazione Integrate, non si sono affermate buone pratiche e procedure condivise di collaborazione fra i servizi sociali e sanitari.

**ATS N12 (capofila Pozzuoli):** l'ambito fornisce alcune dimensioni inerenti alla presa in carico dei bisogni socio-sanitari sul proprio territorio ed evidenzia che alcune criticità sul fronte dell'integrazione con i servizi specialistici del distretto derivano anche da alcune funzionalità della Piattaforma GEPI, che non sempre rispondono alle esigenze. Ciò a partire

dal ritardo, anche di mesi, con il quale l'utente RdC arriva sulla Piattaforma GEPI. Degli utenti con presa in carico socio-sanitaria quelli con RdC già presenti in piattaforma sono una minoranza ed hanno tutti una presa in carico già avanzata.

**ATS S02\_2 (capofila Scafati):** le Unità di Valutazione lavorano bene e le reti tra servizi sono ormai consolidate sulla presa in carico di nuclei con bisogni complessi, ma è difficile darne conto su GEPI. Il dialogo interprofessionale si svolge prevalentemente con strumenti e secondo procedure extra piattaforma; fuori dal sistema. Sotto questo aspetto infatti, GePI non favorisce l'interazione e il lavoro di equipe, né facilita il lavoro dei case-manager, richiedendo l'inserimento di una notevole quantità di informazioni, tra cui, oltre al nominativo dello specialista, perfino la fonte di finanziamento: un'informazione di cui gli operatori preposti alla presa in carico di norma non dispongono e la cui ricerca ed acquisizione contribuisce ad allungare i tempi aggravando il procedimento. Inoltre l'impossibilità, per gli specialisti dell'area sanitaria di accedere direttamente alla piattaforma comporta una duplicazione del lavoro, che concretamente e nella pratica quotidiana si svolge in modo più rapido e efficace, attraverso comunicazione telefoniche e/o contatti diretti e informali e mediante la frequente organizzazione di riunioni.

**ATS N32 (capofila Sant'Antonio Abate):** nonostante la formale attivazione delle Unità di Valutazione, l'integrazione socio-sanitaria non è effettiva perché la programmazione non è il prodotto di una reale compartecipazione dei due settori ma resta, di fatto, in capo alle ASL. Nonostante l'ATS abbia una collaborazione costante con l'ASL, per arrivare ad una maggiore integrazione sarebbe utile un maggiore ingaggio dei servizi sanitari, da promuovere ad esempio attraverso il coinvolgimento delle Aziende negli incontri di formazione e nella definizione e regolamentazione dei ruoli e delle responsabilità dei servizi coinvolti nella presa in carico dei beneficiari di RdC da parte della Regione Campania. Si auspica un rapporto maggiormente paritario tra il sociale e il sanitario, con il superamento dello squilibrio che tradizionalmente esiste tra i due settori con effetti negativi sulla comunicazione, sullo scambio di informazioni e sulla disponibilità a collaborare in modo efficace ed efficiente.

**ATS S1\_03 (capofila Pagani):** i servizi sociali hanno spesso difficoltà ad interloquire in modo paritario con i servizi sanitari anche in presenza di protocolli e la reale collaborazione di fatto dipende dalle disponibilità e dalla motivazione delle singole persone. Si sta provando a promuovere una maggiore integrazione attraverso l'organizzazione di tavoli ed incontri. La stessa difficoltà di collaborare in modo strutturato si registra anche con i Centri per l'Impiego, a cui sono inviati la maggior parte degli utenti del Reddito di Cittadinanza. Al momento non sono ancora state attivate le EEMM, anche per la complessità dell'inserimento dei profili in piattaforma con la richiesta di informazioni non sempre nella disponibilità dei case manager. Sarebbe utile avere a disposizione protocolli puntuali e metodologie condivise di collaborazione con gli altri servizi.

**ATS N22 (capofila Somma Vesuviana):** ferma restando l'utilità dei Protocolli operativi, l'ambito sottolinea l'importanza dell'interazione professionale e la necessità di lavorare più insieme per sviluppare un linguaggio comune e ridurre la distanza che caratterizza l'approccio dei servizi sanitari e sociali ai bisogni del cittadino. Le ASL infatti hanno un approccio più lontano dal cittadino, ma anche più rigoroso e scientifico di quello dei servizi sociali. Nell'interesse dei cittadini con bisogni complessi ed ai fini di una fattiva e più alta integrazione operativa tra il sociale e il sanitario è quindi importante promuovere occasioni di contaminazione ai fini dello sviluppo di un approccio e di metodologie e strumenti condivisi. La diversità di approccio fra i servizi sociali e i servizi specialistici del Distretto

infatti, può ostacolare una collaborazione paritaria, le stesse Unità di Valutazione non sempre funzionano in modo ottimale con una partecipazione attiva di tutti i soggetti coinvolti. Con il tempo però la metodologia del servizio sociale è migliorata, anche grazie alla disponibilità di risorse e strumenti (piattaforme, banche dati, ecc) che hanno fornito un consistente supporto al lavoro.

## Le questioni emergenti a conclusione del confronto

- ➔ Molte delle difficoltà e della fatica che si registra a livello operativo sul fronte del coinvolgimento dei servizi specialistici del distretto derivano dalla refrattarietà, dall'autoreferenzialità e dalla distanza generate dalla separazione della programmazione, sociale e sanitaria, e da una cultura dei servizi in cui il sociale è ancora "figlio di un Dio minore". In questo quadro c'è l'esigenza di promuovere l'ingaggio del Sanitario nell'attuazione del RdC: un obiettivo da perseguire anche a livello regionale, attraverso la definizione di Linee guida e Accordi quadro ad hoc, il coinvolgimento dei servizi e degli operatori sanitari in momenti informativi e formativi congiunti, l'attivazione di tavoli di partecipazione e di occasioni di confronto paritario, scambio e condivisione che accompagnino e favoriscano la maggiore convergenza degli obiettivi della programmazione di settore, predisponendo il terreno per la più alta integrazione operativa dei servizi sociali e sanitari del territorio.
- ➔ Gli accordi di programma e i protocolli d'intesa ci sono, ma rivestono carattere prevalentemente formale, regolamentando il rapporto con le ASL come da disposizioni di Legge e/o sostanziandosi in accordi di tipo economico, inerenti al solo riparto della spesa, mentre quello che serve per promuovere il coinvolgimento e la collaborazione dei servizi specialistici del Distretto nella presa in carico dei beneficiari di RdC è la condivisione di Protocolli operativi che disciplinino l'organizzazione dei processi, i ruoli e le specifiche modalità di interazione, definendo procedure di lavoro comuni capaci di rompere l'autoreferenzialità e la separazione e favorire, con la reciproca contaminazione, lo sviluppo di un linguaggio comune.
- ➔ L'adozione di Accordi e protocolli operativi è meno problematica è più facile laddove la gestione associata sociale è più strutturata e costituita nella forma dell'azienda consortile. Non essere azienda fa la differenza. Si è più deboli.
- ➔ Le funzionalità della Piattaforma GEPI non favoriscono il lavoro di rete e la presa in carico dei bisogni complessi, rispondendo ad un'esigenza di raccolta dati prima che alle reali necessità del lavoro di équipes. Il ritardo nel caricamento dei casi in piattaforma, l'impossibilità degli operatori dei servizi specialistici del Distretto di accedere direttamente alla piattaforma e caricarvi la propria documentazione, l'esigenza, per poter completare l'iter, di caricare in Piattaforma informazioni di cui i case manager di norma non dispongono, quali ad esempio le fonti di finanziamento, sono tutti fattori che aggravano il lavoro di équipe e soprattutto quello degli operatori sociali, inducendo gli ATS a gestire fuori sistema gran parte delle prese in carico integrate. Tra queste in primis quelle degli utenti già in carico ai servizi specialistici del Distretto (esiti D), che non vengono caricate o vengono declassate e codificate in

piattaforma come percorsi semplificati (esiti B). Si tratta di una criticità che non rende onore e sottrae visibilità alla mole di lavoro sociale che c'è dietro, ma che anche contribuisce a falsare la numerosità delle prese in carico complesse della Regione Campania.

- Gli assistenti sociali e le ulteriori figure professionali acquisite grazie alle risorse rese disponibili a valere sulla Quota Servizi del Fondo povertà e sul PON-FSE Inclusion, tra cui per esempio gli psicologi, hanno permesso agli ATS di potenziare, qualificare ed estendere la capacità di risposta dei servizi sociali e di promuovere la presa in carico dei bisogni complessi, anche, in certi casi, senza il concorso dei servizi specialistici del Distretto. Il rovescio della medaglia è che questo virtuoso risultato, tutto interno al sociale, oltre a trovare un limite nella precarietà delle risorse impiegate, rischia di disincentivare la ricerca di una maggiore integrazione operativa tra il sociale e il sanitario del territorio riproducendo autoreferenzialità ed aumentando inappropriatamente il carico degli ATS.

### **Chiusura dei lavori & individuazione della tematica per il prossimo incontro**

In chiusura, con riguardo alle tematiche da trattare nei prossimi incontri, si è condiviso di continuare a discutere di integrazione e messa in rete approfondendo il tema del coordinamento e dell'integrazione operativa con i Centri per L'Impiego.

### **Prossimo appuntamento**

In chiusura i partecipanti si aggiornano al prossimo incontro, che si terrà lunedì 14 giugno 2021 – ore 14.00 - 17.00.

### **Allegati**

- N. 1 PPT introduttiva della tematica tematica all'OdG: "l'attività di presa in carico degli ATS sulla Piattaforma GEPI – quantità e qualità della produzione: i dati di attività in benchmarking" (a cura del MLPS- Div.2)