

Sistema integrato per la presa in carico e la progettazione personalizzata

Un'ipotesi di lavoro

Federico Grassi, | 04 febbraio 2025

A fronte degli slanci e delle fatiche che caratterizzano il sistema toscano dei servizi sociali, sociosanitari e del lavoro sul versante della costituzione e del rafforzamento delle equipe multidisciplinari[*note*]Ai sensi della DGR 544/2023 della Regione Toscana.[*/note*], che vede Ambiti territoriali caratterizzati da punte di eccellenza nella collaborazione tra servizi ed altri dove ancora si rilevano margini di miglioramento, si propone una riflessione prospettica, finalizzata a stimolare una visione ancora più integrata e sfidante, e ad andare oltre ai desiderata, per seminare ipotesi di lavoro su cui aprire dibattiti e confrontarsi.

Premessa

L'impianto metodologico ipotizzato non basa il concetto di profilazione sull'appartenenza a "gruppi target" e "categorie" ma sulla ricerca della maggiore appropriatezza possibile (e concretamente realizzabile) nell'incontro tra le caratteristiche delle persone e quelle di servizi/misure/progetti che popolano i diversi Ambiti territoriali. L'attenzione viene data agli obiettivi, al metodo e alla capacità d'attivazione di processi e relazioni. A tal fine, cerca di valorizzare l'apporto di tutti gli attori della rete pubblico-privato, nel rispetto delle regole, dei ruoli e delle pratiche dei vari sistemi di funzionamento[*note*]Linee guida per la costruzione di Reti di servizi connessi all'attuazione dell'ADI.[*/note*].

Per pensare di poter procedere con le innovazioni operative ipotizzate è necessario un lavoro preparatorio che getti le basi di una **più ampia strategia per la presa in carico integrata**. Infatti, non si può prescindere dalla condivisione di alcuni principi metodologici e della disponibilità a "vivere la rete" mettendo in circolo idee, chiavi di lettura, strumenti, risorse, opportunità, ecc. Dovrà essere finalmente sciolta la "questione privacy" avendo l'avvallo tecnico dei DPO e dovrà essere individuata e riconosciuta una figura di riferimento, o un pool ristretto di professionisti ben coordinati tra loro, che si occupi della regia e della manutenzione della rete.

Fondamentale sarà il passaggio dalla condivisione ideale dell'interesse a voler lavorare insieme, all'analisi della fattibilità organizzativa e della sostenibilità economica del modello proposto, così da gettare fondamenta stabili alla costruzione metodologica ipotizzata.

Profilazione

Considerando la complessità del sistema di servizi che potenzialmente potrebbero aderire, è necessario distinguere due fasi di quanto viene abitualmente concepito come un unico step di "invio": a) segnalazione; b) profilazione e candidatura.

La segnalazione

Per fronteggiare la particolare complessità di determinate situazioni di fragilità e di svantaggio e valorizzarne le potenzialità e la motivazione al cambiamento, un servizio può valutare l'esigenza di richiedere la collaborazione degli altri servizi della rete e di attivare una "presa in carico integrata" attraverso il passaggio dall'equipe multidisciplinare.

In relazione al modello organizzativo concordato nella fase di lavoro preparatorio citato in premessa, sono prevedibili due opzioni per le quali l'assistente sociale titolare: *i*) invia la segnalazione al coordinatore della rete, che poi fa partire il processo di compilazione condivisa dello strumento di profilazione (vedi più avanti); *ii*) compila la propria parte dello strumento di profilazione e, contestualmente, il coordinatore della rete fa partire il processo di compilazione condivisa di tale strumento. Oppure, nel caso in cui ci siano accordi che prevedono l'utilizzo di un software interoperabile da parte di operatori di servizi differenti, potrebbe essere la stessa piattaforma ad avvisarli al momento in cui è richiesto il loro intervento.

I servizi dovranno decidere come comportarsi quando si presenta la necessità di segnalare persone che non sono conosciute da tutti e se/come farle accedere direttamente in equipe o invece, se sarà il coordinatore della rete, o il pool ristretto di

professionisti con funzione di coordinamento, a pronunciarsi in merito all'accoglimento della segnalazione.

Infatti, secondo questa ipotesi di lavoro, la segnalazione non è diretta all'equipe ma alla regia riconosciuta del sistema integrato che, in relazione agli esiti della profilazione, farà procedere il percorso secondo quanto sintetizzato nello schema presentato successivamente, ultimando così il processo di segnalazione iniziato con la riflessione interna ai servizi inviati. Questa funzione di regia è importante perché accoglie le richieste di sostegno e collaborazione che arrivano dai servizi inviati e le decodificano attraverso un processo di profilazione condivisa.

La profilazione e la candidatura

Prendendo spunto da esperienze e strumenti già utilizzati anche in altri contesti territoriali, potrebbe essere costruito un format per la profilazione condivisa composto da sezioni riconducibili a sintesi degli strumenti già in uso ai servizi sociali, del lavoro e sociosanitari[*note*] Profilo di fragilità per la presa in carico integrata da parte dei servizi del lavoro, sociali, sanitari ai sensi della L.R. 14/2015 dell'Emilia-Romagna; profilazione GOL, ICF - Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute; pre-assesment e assesment RDC/ADI, ecc.[*note*]. Studiando appositi meccanismi di ponderazione di elementi cruciali per la valutazione complessiva, si può arrivare a definire l'esito del processo di co-profilazione, individuando quale "modalità di presa in carico integrata" sia quella presumibilmente più adeguata a rispondere ai bisogni e a valorizzare le potenzialità delle persone segnalate; ciò consente di portare la candidatura all'equipe come sintetizzato in tabella.

PROFILAZIONE		ACCESSO		
Segnalazione	Incrocio e ponderazione delle valutazioni dei servizi	Esito	Attivazione equipe	Caratteristiche progetto personalizzato
Il servizio titolare della presa in carico svolge le proprie valutazioni nel rispetto di procedure interne e poi effettua la segnalazione	L'esito della profilazione condivisa effettuata con lo strumento unico porta a esiti diversi in relazione al bilanciamento tra bisogni, criticità, punti di forza, individuando la finalità prevalente	Attivazione sociale e lavorativa	Equipe multidisciplinare sociale - lavoro (DGR 544/2023) Altre equipe, UVM, UVMD, equipe SERD, SMA, ecc.	Attivazione progetti e percorsi della rete, es. agricoltura sociale, PUC, FSE+, GOL Interventi "propri" del servizio titolare della presa in carico in relazione al bisogno prevalente

Accesso

L'equipe multidisciplinare sociale-lavoro allargata ai servizi specialistici, della giustizia e dell'abitare, segue le indicazioni della DGR 544/2023 e delle Linee guida operative che indicano modalità organizzative in riferimento ad aspetti molto pratici del lavoro di rete: chi partecipa, sede di svolgimento, frequenza delle convocazioni e modalità, coinvolgimento diretto dei candidati e di loro familiari o altre figure di caring, verbalizzazione, ecc., che, comunque, devono essere adattate ai modelli territoriali.

L'equipe indicata dalla DGR 544/2023 è di secondo livello; GOL percorso 4 prevede la presenza dei cittadini profilati se non già conosciuti. Nell'ipotesi qui presentata di riorganizzazione/impostazione di un sistema integrato, viene proposto lo sforzo di ampliare il concetto di accesso in "**accesso alla presa in carico integrata**". Infatti, la possibilità di candidare una persona all'equipe è di fatto la garanzia di poterla fare accedere a quella che rappresenta la "porta di accesso" alle opportunità della rete (es. FSE+, GOL, ecc.). Ad eccezione di situazioni particolarmente complesse, i bisogni di questa persona potrebbero essere rappresentati in equipe dall'assistente sociale segnalante, mentre invece la sua presenza fisica sarà indispensabile nello sviluppo del processo d'attivazione sociale e lavorativa, ovverosia nella fase di accompagnamento verso le progettualità individuate, per la quale sarà fondamentale organizzare un momento di incontro e conoscenza insieme ai soggetti gestori, spesso ETS, alla presenza dell'assistente sociale segnalante e titolare della presa in carico e/o dei referenti dell'equipe multidisciplinare.

La compresenza nella stessa sede di operatori di servizi diversi, che svolgono attività di equipe, a partire dall'accoglienza e dal pre-assesment, fa diventare lo spazio fisico luogo di una multidimensionalità non solo dichiarata ma operante.

Progettazione personalizzata

L'equipe ha la regia delle azioni e, per questo, deve conoscere il panorama di servizi, opportunità, progetti attivi, attivabili, che stanno per terminare e conclusi. Conoscere le caratteristiche dei progetti, le attività previste, la possibilità o meno di

erogare forme di indennità ai partecipanti, l'intensità del tutoraggio, la disponibilità di "posti liberi" e dunque di poter inserire ancora potenziali beneficiari, ecc. sono informazioni importanti, che possono fare la differenza. Per tenere e armonizzare la mole di informazioni secondo la logica del *mappa-fondo*, valorizzando quello che c'è ed evitando i rischi di incorrere nel cosiddetto doppio finanziamento, è necessario renderle facilmente condivisibili. A tal fine potrebbe rivelarsi utile strutturare un vero e proprio "**catalogo delle opportunità**" organizzato secondo schemi semplici e facilmente aggiornabili da tutti gli attori della rete. La sistematizzazione delle molte e variegate opportunità presenti nei territori potrebbe consentire di strutturare una filiera di interventi lungo un continuum ideale dei processi di innalzamento dei livelli di autonomia ed occupabilità che va dalle attività che richiedono minor impegno o che sono maggiormente afferenti alla sfera sociale e relazionale a quelle più impegnative o che sono prossime al mondo del lavoro.

Terzo settore

La presa in carico pubblica è marcata in misure e programmi, quali ad esempio GOL, e non prevede la partecipazione degli ETS all'equipe e ai momenti in cui sono prese decisioni che potrebbero avere ricadute di carattere economico su soggetti privati, proprio per evitare polemiche e retrospensieri quando viene deciso di indirizzare una persona verso un progetto piuttosto che un altro. Nelle equipe di carattere "più sociale" la situazione è tradizionalmente piuttosto diversificata e, in alcuni casi, legata anche alle richieste espresse nei Capitolati delle Gare per l'affidamento dei servizi. È però ormai indiscutibile il contributo che ETS ed enti caritatevoli apportano in termini di conoscenza, anche storica, di persone e famiglie e delle loro "carriere di povertà", oltre che di elementi di prossimità e lavoro di comunità che favoriscono l'incontro, il reperimento di risorse territoriali e la costruzione di soluzioni, anche per quelle persone che incontrano maggiori difficoltà e barriere nell'accesso a servizi e opportunità.

Negli Ambiti territoriali dovrà essere definita la partecipazione degli ETS alle equipe multidisciplinari andando a identificare quale o quali potranno accedervi, in relazione al panorama di servizi attivi, e in accordo tra i servizi appartenenti alla rete integrata. ETS maturi contribuiscono al **processo di capacitazione reciproca** che viene portato avanti dalla rete lavorando insieme, approfondendo dubbi e situazioni critiche, proponendo opportunità formative e/o di supervisione. Gli ETS possono stimolare la rete anche promuovendo sperimentazioni innovative, mettendo a disposizione sedi, sviluppando idee progettuali.

Strumenti

Il sistema diventa realmente integrato se condivide sedi e momenti di lavoro, mette in discussione prassi operative e produce cambiamenti organizzativi secondo una logica *win-win* che, necessariamente, passa anche dall'utilizzo di strumenti condivisi, se non addirittura, co-costruiti. Attivare un processo di co-costruzione della "**cassetta degli attrezzi**" condivisa significa aprire una fase di scambi e di lavoro congiunto che può avere durata variabile in relazione all'organizzazione dei vari Ambiti territoriali e alla presenza di diversi livelli di collaborazione tra servizi, ma che potrebbe anche "rimanere aperta" secondo un modello di co-design pronto a rinnovarsi in itinere. Potrebbe essere necessario redigere documenti quali Protocolli, Linee Guida, Procedure, Istruzioni Operative che formalizzano accordi e indicano responsabilità e compiti.

Nel modello proposto, il sistema integrato ha bisogno di condividere almeno gli **strumenti per la profilazione condivisa, per il monitoraggio dei percorsi e la verifica delle attività**, oltre a modulistica relativa alle tipologie di intervento attivabili tra quelli previsti dal catalogo delle opportunità.

Una riflessione a parte la merita il tema importante quanto delicato, della tenuta di un elenco di soggetti disponibili a ospitare le varie tipologie di inserimenti finalizzati all'acquisizione di competenze sociali, terapeutiche, professionali. Questo implica la costruzione e la condivisione di uno strumento di profilazione anche per imprese, organizzazioni, associazioni, ecc., capace di far risaltare non tanto, e non solo, la loro capienza potenziale in termini numerici, ma soprattutto le dimensioni relazionali, professionalizzanti, di ascolto e attenzione come, ad esempio, la presenza di personale accogliente, spazi adeguati, ecc. Questo approccio favorisce la maturazione di un cambio di paradigma per il quale i cosiddetti soggetti ospitanti, non solo ospitano ma sono attori e co-protagonisti dei processi di cambiamento che coinvolgono persone, situazioni e contesti locali secondo una logica eco-sociale.

Dimensione organizzativa

Oltre alla definizione di livelli di governance e dei relativi rapporti interistituzionali, è opportuno prevedere la presenza di almeno due distinti livelli di indirizzo, tenuta e sviluppo del sistema integrato: l'**equipe sociale-lavoro** SIISL ai sensi della DGR 544/2023, di carattere operativo, e una **equipe con funzioni strategiche e di coordinamento**, che dovrebbe essere chiamata in maniera diversa per non essere confusa con l'altra. L'interconnessione tra i due livelli garantirà l'aggiornamento

reciproco e favorirà la costruzione di risposte efficaci ai bisogni della comunità e delle persone che potranno beneficiare del sistema integrato per la presa in carico.