

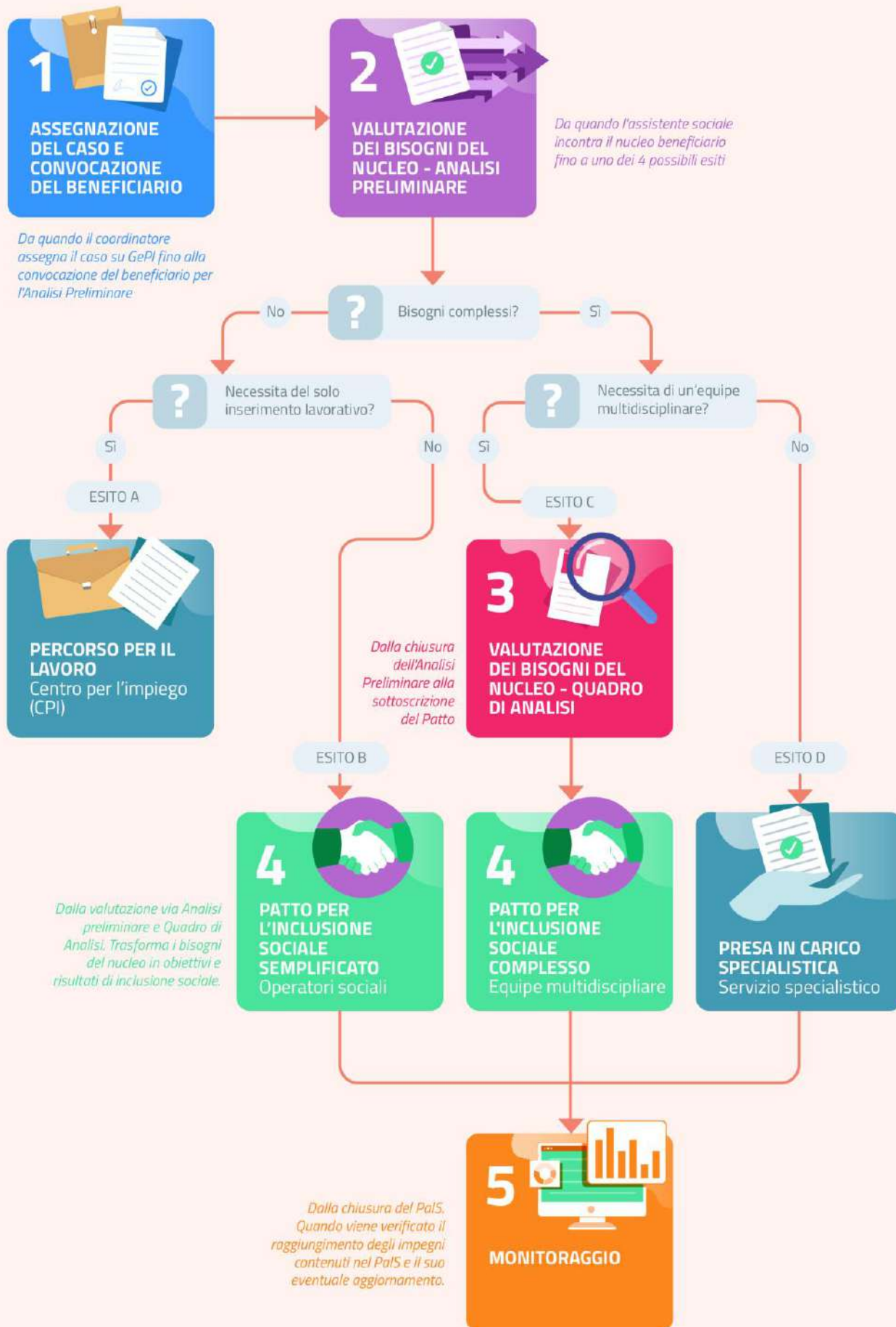


In preparazione ad ogni focus group è stato redatto un documento di contesto con informazioni sul quadro normativo della regione di riferimento, i dati regionali sullo stato della presa in carico ed una breve analisi delle evidenze regionali emerse dal questionario pubblicato sulla piattaforma GePI.

Il dialogo e l'ascolto dell'esperienza diretta degli operatori che lavorano sul RdC ha permesso di comprendere nel dettaglio le prassi locali, le esigenze degli operatori nella presa in carico e di raccogliere le proposte e le buone pratiche a livello locale. In seguito ad ogni focus group sono state preparate schede riassuntive per evidenziare i punti salienti della discussione.

I punti di sintesi emersi sono stati condivisi tempestivamente con il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, affinché quanto emerso a livello locale potesse essere tenuto in considerazione durante la fase di ridisegno della misura.

Sezione II – Il processo di presa in carico



Il percorso d'inclusione sociale: da bisogni a obiettivi e risultati

La presa in carico ai Servizi Sociali segue le indicazioni fornite dal Ministero del Lavoro e le Politiche Sociali nelle Linee guida per la definizione dei Patti per l'inclusione sociale.¹⁹ A livello comunale o di Ambito, ogni case manager contatta la famiglia o il richiedente per un primo incontro. Al primo incontro, i case manager eseguono un colloquio di prevalutazione (chiamato Analisi Preliminare). Tale colloquio, secondo normativa, dovrebbe avvenire entro 30 giorni dal riconoscimento del beneficio.

Sulla base dell'Analisi Preliminare, entro 20 giorni, gli assistenti sociali definiscono uno dei quattro possibili piani d'azione per la famiglia:

- a. Il reindirizzamento ai Centri per l'Impiego per firmare un Patto per il lavoro individuale
- b. La firma di un Patto per l'inclusione sociale semplificato
- c. La firma di un Patto per l'inclusione sociale complesso
- d. Il reindirizzamento ai servizi specialistici.

ESITO A - Reindirizzamento ai Centri per l'Impiego: Il nucleo può essere reindirizzato ai Centri per l'Impiego qualora necessiti del solo inserimento lavorativo.

ESITO B - Patto per l'inclusione sociale semplificato: L'assistente sociale stabilisce alcuni obiettivi per la famiglia o i singoli membri della famiglia e le persone coinvolte firmano il Patto.

ESITO C - Patto complesso per l'inclusione sociale: Se il risultato dell'Analisi Preliminare evidenzia la necessità di definire un Patto per l'inclusione sociale complesso, l'assistente sociale fissa un altro incontro con tutta la famiglia per effettuare una valutazione approfondita (*Quadro di Analisi*) a livello individuale e familiare. Prima di questo incontro, il case manager deve convocare un'equipe multidisciplinare, che dovrebbe coprire tutte le aree professionali (ad esempio: sociale, lavorativa, sanitaria, educativa, abitativa, ecc.) necessarie per sostenere quella famiglia con bisogni complessi. Sulla base di questo colloquio, viene stabilita una serie specifica di obiettivi per ciascun membro della famiglia che potrebbe aver bisogno di supporto, incluso un reindirizzamento esterno ad altri servizi per il singolo membro della famiglia.

¹⁹ https://www.lavoro.gov.it/redditocittadinanza/Documents/Linee-guida-Patti-inclusione-sociale_.pdf

ESITO D - Reindirizzamento ai servizi specialistici: L'operatore sociale rileva la presenza di bisogni acuti/complessi che richiedono la presa in carico del soggetto interessato da parte dei servizi specialistici (Servizi sanitari; Centro salute mentale; Servizi dipendenze, ecc.) e le problematiche rilevate non investono altri componenti e non ci sono altri bisogni di intervento – altrimenti vi sarebbe la necessità di un patto complesso.

Il Patto per l'inclusione sociale (semplificato o complesso che sia) descrive le azioni attraverso cui i bisogni del nucleo vengono trasformati in obiettivi e risultati di cambiamento volti a dare compimento alle aspirazioni dei beneficiari, tenuto conto delle loro risorse e capacità, del sostegno dei servizi e delle risorse della comunità. La presa in carico e la firma del Patto sono in teoria condizioni necessarie per continuare a ricevere il beneficio economico RdC ma possono continuare oltre il termine dello stesso.

I contenuti del Patto possono modificarsi nel tempo, in considerazione dei cambiamenti eventualmente intervenuti nella situazione del nucleo familiare, tenuto conto dell'emersione di nuovi bisogni e/o di nuovi elementi informativi in sede di monitoraggio. Ai fini di quest'ultimo, secondo quanto stabilito dalla Legge di Bilancio 2022, è prevista la frequenza almeno mensile e in presenza, presso i Servizi di Contrasto alla Povertà, per la verifica degli impegni assunti nell'ambito del progetto.

GePI: la prima piattaforma nazionale e unitaria in supporto alla presa in carico

La Piattaforma GePI è lo strumento messo a disposizione dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali per gli assistenti sociali, al fine di facilitare il processo di presa in carico dei beneficiari RdC indirizzati ai Comuni per la firma del Patto per l'Inclusione Sociale (PaIS) e garantirne un'attuazione omogenea su tutto il territorio nazionale. Il DL 4/2019 rende il GePI obbligatorio per tutti i Comuni (o Ambiti Territoriali Sociali) per la presa in carico dei beneficiari PaIS-RdC. Il GePI ha lo scopo principale di supportare gli assistenti sociali in tutto il processo di presa in carico delle famiglie beneficiarie, dalla valutazione iniziale dei bisogni, alla progettazione di un piano personalizzato, fino al monitoraggio degli obiettivi. Oltre a facilitare la gestione e il monitoraggio dei PaIS, il GePI dovrebbe alimentare automaticamente il Sistema Informativo Unitario dei Servizi Sociali (SIUSS), che ha la funzione di migliorare la capacità di programmazione degli interventi e dei servizi sociali. Tuttavia, nella pratica questa funzionalità non è mai stata sviluppata. Una dashboard interna al GePI ha la funzione di facilitare il monitoraggio delle attività

con i beneficiari a livello locale e territoriale. Alla luce delle difficoltà riscontrate a livello locale nell'utilizzo, è attualmente in corso d'opera un ripensamento di tale applicativo.

Oltre alla funzionalità principale del GePI di supporto della presa in carico, la norma RdC ha reso necessaria la predisposizione di altri moduli informatici nel GePI stesso. L'introduzione di tali moduli, seppur tempestiva, ha di fatto considerevolmente allargato lo spettro di attività della piattaforma. A tal proposito, il rischio da evidenziare è che la gestione nel GePI di altri adempimenti amministrativi, oltre alla presa in carico del nucleo, renda la piattaforma molto legata agli adempimenti burocratici e venga percepita meno come uno strumento che faciliti il lavoro degli operatori sociali nel lavoro di presa in carico. Si segnalano, tra gli altri:

- un modulo per dare la possibilità ai Comuni di effettuare le verifiche di residenza e soggiorno;
- un modulo per il caricamento e la gestione dei Progetti Utili alla Collettività (PUC);
- un modulo per fare la verifica della composizione del nucleo familiare rispetto a quanto dichiarato nella DSU ai fini ISEE, su un campione del 5% della platea di beneficiari.

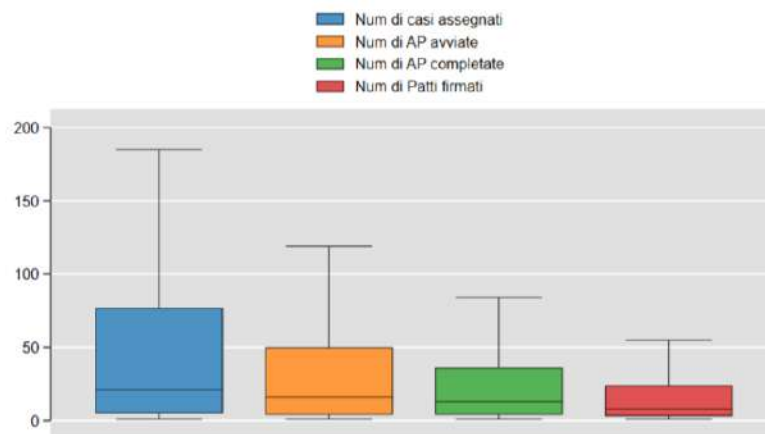
La presa in carico nei dati: tempistiche lunghe e numero di beneficiari coinvolti limitato

I dati amministrativi, relativi ai beneficiari RdC dell'anno 2022 indirizzati ai Servizi Sociali, mostrano come ogni fase della presa in carico abbia le sue specifiche caratteristiche di implementazione. Elemento comune a tutte le fasi è la distribuzione asimmetrica, verso i valori bassi per le numerosità e verso valori alti per le tempistiche. Questo si riflette in una prevalenza di bassi numeri nella presa in carico e in ritardi significativi nell'implementazione. Di seguito, sono presentate le medie nazionali di capacità di presa in carico e le tempistiche di implementazione a livello di assistenti sociali. Per il dettaglio di macroarea si può fare riferimento ai grafici presenti in Allegato III. Dai grafici sono esclusi i valori anomali (*outliers*).

Guardando nello specifico alla distribuzione delle numerosità per ogni case manager nelle diverse fasi della presa in carico (cfr. Fig. 5), notiamo l'alta variabilità nell'assegnazione dei casi, partendo da case manager con nessun caso assegnato, a case manager con oltre 150 casi assegnati. Inoltre, sebbene la mediana mostri una certa consistenza nelle varie fasi di presa in carico (indicando per la maggioranza dei case manager la capacità di completamento della presa in carico una volta ricevuto il caso), al di sopra della mediana, quindi per case manager con un alto

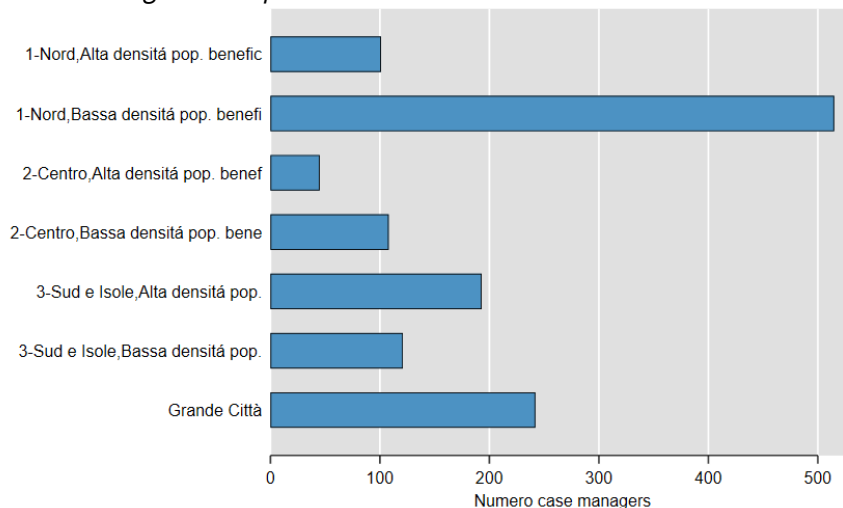
carico di lavoro, i valori massimi diminuiscono notevolmente man mano che si procede nelle fasi della presa in carico. Ciò suggerisce che un alto carico di lavoro può rendere difficile il completamento delle fasi di presa in carico fino alla firma del patto. Questa tendenza è supportata anche dalla relazione inversa tra il carico di lavoro e l'avvio della presa in carico, osservata nei case manager con carichi di lavoro superiori alla media nazionale. D'altro canto, per i restanti valori di carico di lavoro, non risulta nessuna correlazione con i tassi di presa in carico, mostrando, dunque, alta variabilità tra numero di casi assegnati e capacità di presa in carico dei singoli operatori.

Figura 5 - Numerosità presa in carico



Su circa 8500 case manager con casi assegnati nel 2022, circa 1300 non hanno mai aperto i casi a loro assegnati sulla piattaforma GePI. Tra questi, la maggioranza (>500) sono localizzati in centri a bassa densità di popolazione beneficiaria nelle regioni del Nord Italia. I dati mostrati precedentemente sulle tempistiche di presa in carico, dunque, fanno riferimento ai soli case manager operativi.

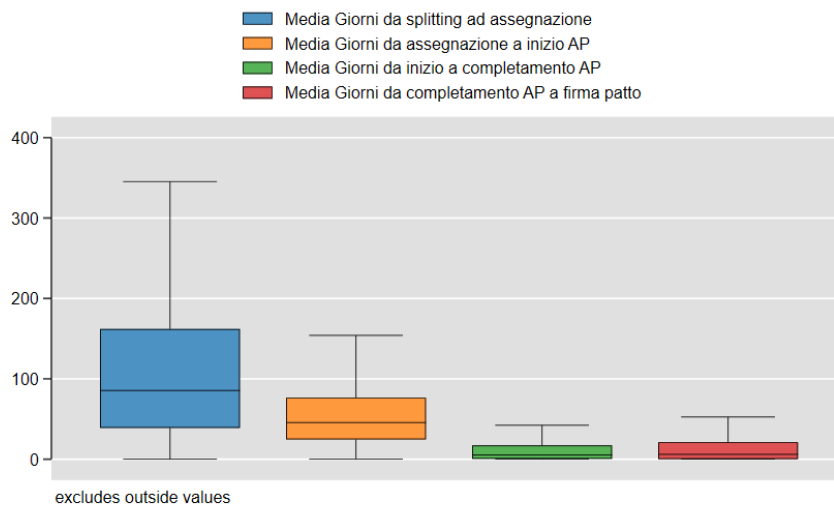
Figura 6 – Numero case managers non operativi nel 2022



Come per il dato sulle numerosità, anche la distribuzione dei tempi di assegnazione dei casi da parte del coordinatore dopo il caricamento dei casi in GePI mostra un'elevata variabilità e asimmetria concentrata nella parte alta della distribuzione. La metà dei case manager riceve in media nuovi casi in 50-170 giorni, con la mediana che si attesta intorno ai 90 giorni. Solo il 25% dei case manager riceve il caso entro 50 giorni, una tempistica comunque troppo elevata per rispettare i tempi previsti dalla normativa e procedere alla convocazione dei beneficiari entro 30 giorni dall'accettazione della domanda o almeno entro 30 giorni dalla suddivisione dei beneficiari tra CPI e servizi sociali comunali (*splitting*).

Dopo l'assegnazione, gli operatori aprono i casi in tempi più brevi. Infatti, il 50% dei case manager apre il caso entro 50 giorni. Tuttavia, rimane alta la variabilità; infatti, la restante metà dei case manager impiega tra i 50 e i 170 giorni per aprire il caso. Per le fasi conclusive della presa in carico, invece, la distribuzione è molto concentrata attorno alla media e la maggior parte dei case manager conclude l'Analisi Preliminare e la firma del Patto entro i 20 giorni (o massimo in 50 giorni).

Figura 7 – Tempistiche della presa in carico



Box 3 - Nuclei beneficiari che hanno ricevuto almeno una presa in carico tra il 2019 e il 2022

L'analisi sui nuclei beneficiari che hanno ricevuto almeno una presa in carico tra il 2019 e il 2022 è stata svolta sui nuclei familiari che sono stati **beneficiaria RdC** per almeno **un mese nell'anno 2022** (~1.5 milioni di nuclei). L'analisi permette di calcolare l'effettivo carico di lavoro arretrato da parte dei servizi sociali, in quanto vengono considerati come presi in carico non solo i nuclei che sono stati presi in carico durante il ciclo di 18 mesi di beneficio RdC valido nel 2022, ma anche i nuclei che

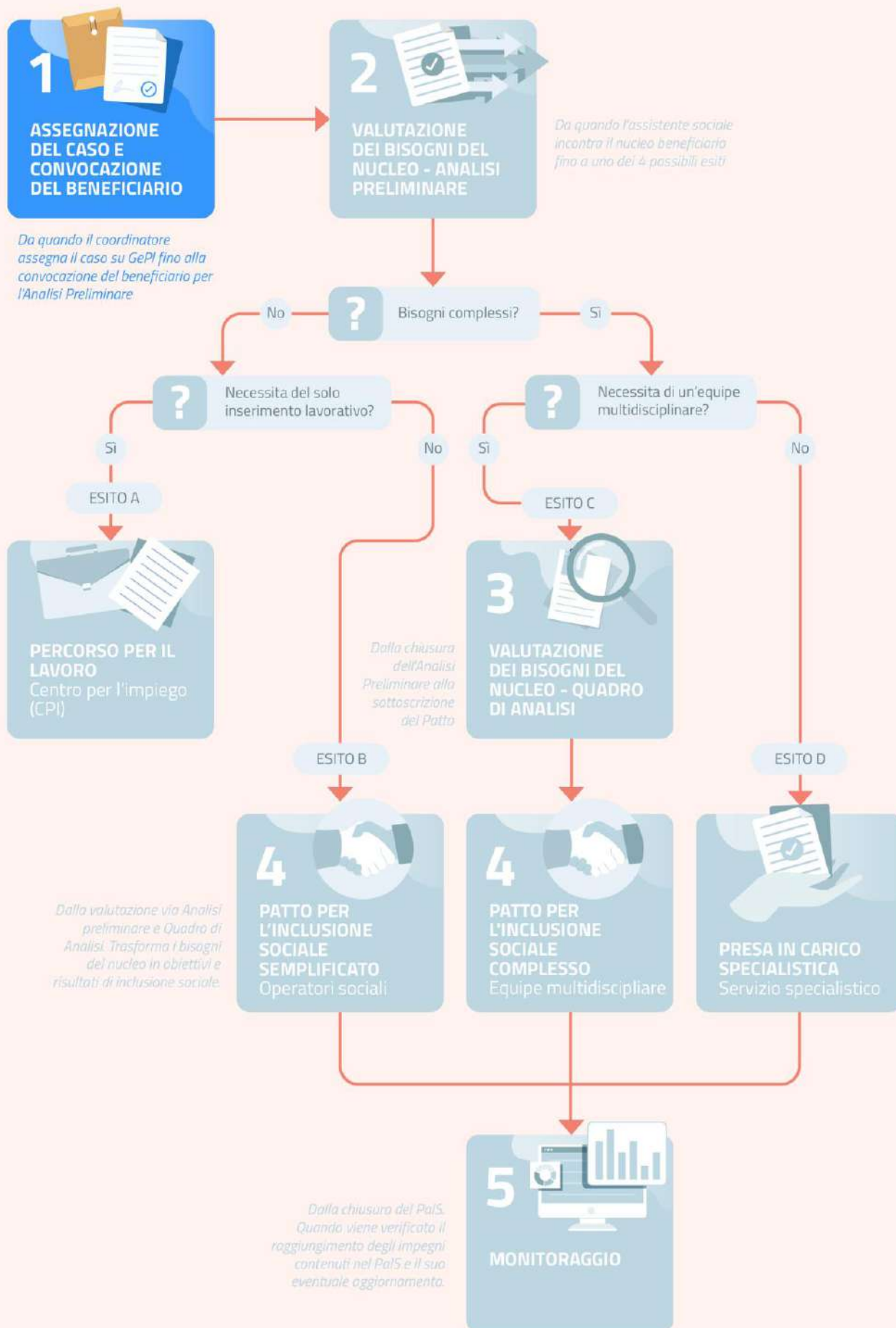


hanno completato l'Analisi Preliminare o sottoscritto un Patto in un precedente ciclo di 18 mesi RdC. Questo comporta un ridotto carico di lavoro dei servizi sociali, che già conoscono il nucleo beneficiario.

Tra i 888.820 nuclei beneficiari del 2022, il 59% non ha mai completato l'Analisi Preliminare, nemmeno in anni precedenti al 2022, per un lavoro arretrato di 525.561 nuclei senza almeno un'Analisi Preliminare. Tra i nuclei beneficiari, 503.811 nuclei includono almeno un minorenni, una persona con almeno 60 anni di età o una persona con disabilità, corrispondente al 57% della popolazione beneficiaria, mentre 385.009 nuclei beneficiari sono senza carica di cura, ossia il 43%. Dei nuclei beneficiari con carica di cura, il 60% non ha mai completato l'Analisi Preliminare (300.220) e il 77% non ha mai sottoscritto un Patto (387.641). Dei nuclei beneficiari senza carica di cura, il 58% non ha mai completato l'Analisi Preliminare (225.341) e il 79% non ha mai sottoscritto un Patto (303.180).

Nota: il numeratore per calcolare la percentuale di Patti non sottoscritti include anche i nuclei che sono stati indirizzati ai Cpl dopo l'Analisi Preliminare e quindi sovrastima il numero di Patti ancora da sottoscrivere. Il dato verrà aggiornato ad aprile 2023 per tenere conto degli indirizzati ai Cpl.

Convocazione del beneficiario e apertura del caso



Convocazione del beneficiario e apertura del caso

La convocazione del beneficiario per l'Analisi Preliminare, e la conseguente apertura del caso su GePI, rappresentano la prima fase del processo di presa in carico. Questa fase per il case manager ha inizio dal momento della assegnazione del caso da parte del coordinatore PaIS e termina con la convocazione del beneficiario per l'Analisi Preliminare. Come descritto nei capitoli precedenti, dopo l'accoglimento della domanda e prima di essere lavorabili dal case manager, i casi vengono inviati dall'INPS al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali per essere poi suddivisi in tre gruppi (splitting). I casi relativi ai nuclei familiari indirizzati ai servizi sociali vengono caricati sulla piattaforma GePI e, successivamente, il coordinatore procede con l'assegnazione dei casi ai case manager. Sebbene queste operazioni iniziali non siano parte della presa in carico vera e propria, si è deciso di includerle ai fini della valutazione di processo perché hanno un forte impatto sul lavoro dei case manager.

Il quadro normativo di riferimento indica che i nuclei familiari devono essere convocati per l'Analisi Preliminare entro trenta giorni dal riconoscimento del beneficio da parte dell'INPS.

Tuttavia, fin dall'introduzione della misura, sono stati registrati ritardi molto elevati nell'avvio della presa in carico.

Prima di entrare nel dettaglio dei processi è importante notare come, innanzitutto, il numero di nuclei beneficiari da prendere in carico all'inizio della misura è cresciuto senza che fosse già attiva una piattaforma gestionale per la presa in carico²⁰. Questo ha portato ad un arretrato di casi da smaltire che si è protratto nel tempo. I ritardi iniziali sono stati poi aggravati dall'incremento ulteriore delle domande RdC mese per mese e dalla limitata operatività dei servizi sociali durante la pandemia, che ha rallentato la convocazione dei beneficiari. Va ricordato tuttavia, che l'accumulo dei nuclei beneficiari da prendere in carico è solo in parte dovuto agli effetti della pandemia Covid-19, ma è spiegato anche dal fatto che il RdC raggiunge per disegno una vasta platea di beneficiari in condizione di vulnerabilità che era precedentemente sconosciuta ai servizi sociali.

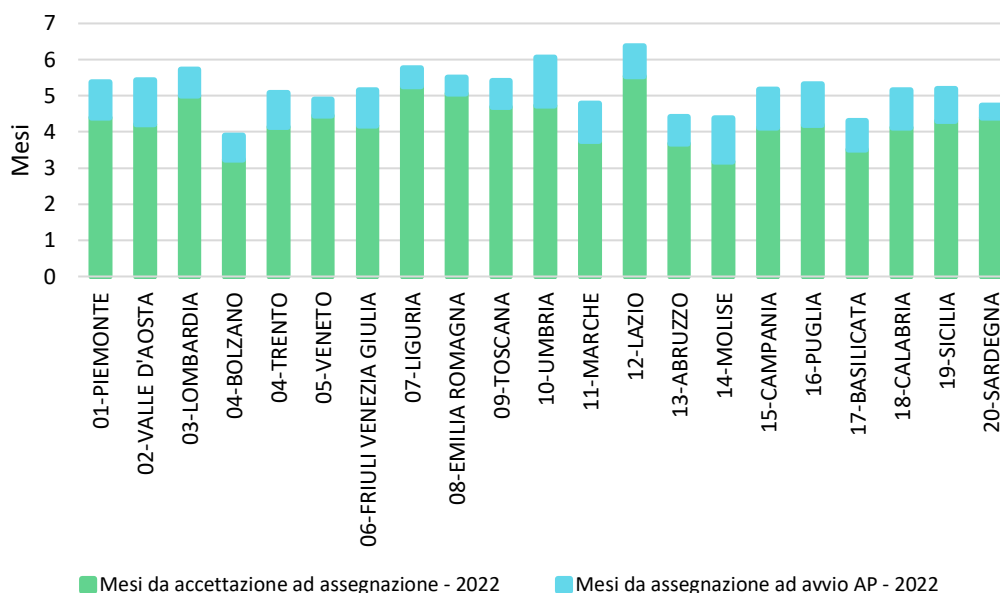
Sebbene i ritardi nell'avvio della presa in carico si siano progressivamente ridotti nel tempo, i dati amministrativi raccolti sulla piattaforma GePI evidenziano tempistiche ancora molto lunghe rispetto alla fase di avvio della presa in carico dei beneficiari RdC. Il dato nazionale indica una tempistica media di 9 mesi dall'accoglimento della domanda all'avvio della presa in carico su

²⁰ Il RdC è stato introdotto nel gennaio 2019 mentre la piattaforma GePI è diventata operativa solo nel luglio 2019.

GePI nel 2020²¹. Negli anni successivi questa tempistica si è ridotta fino a raggiungere indicativamente una media di 5 mesi, ancora molto lontani però dai 30 giorni previsti dalla norma.

Nel 2022, le tempistiche di presa in carico per i nuclei che presentano domanda la prima volta sono complessivamente comparabili a livello regionale, anche se emerge una differenza di quasi due mesi tra le regioni in cui l'assegnazione è tempestiva e quelle in cui richiede più tempo. Nel Lazio ed in Emilia-Romagna sono infatti necessari circa 5 mesi dall'accoglimento della domanda affinché il caso venga assegnato (156 giorni 148 giorni, rispettivamente), mentre in Basilicata e Molise la tempistica si riduce a 97 e 95 giorni, rispettivamente.

Figura 8 – Tempi di avvio della presa in carico per regione, dall'accettazione

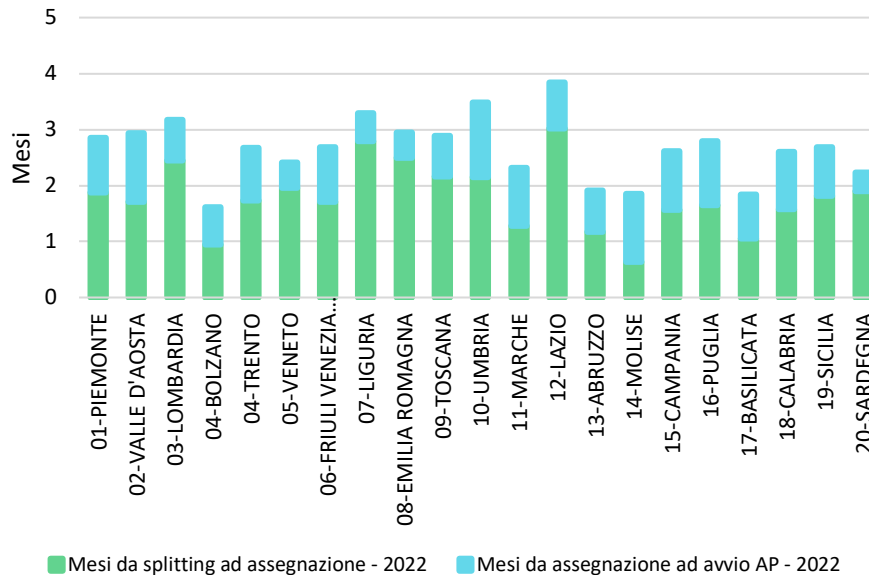


Scomponendo ulteriormente questa prima fase, i dati amministrativi mostrano come solo la metà dei mesi sono imputabili al ritardo del coordinatore (mesi da splitting ad assegnazione nel grafico, cfr. Fig.9), ovvero 2 dei 4 mesi che trascorrono dall'accoglimento della domanda all'assegnazione del caso al case manager. I restanti 2 mesi di ritardo sono dovuti al lasso di tempo che trascorre dall'accoglimento della domanda allo splitting e dunque sono ritardi imputabili all'INPS. La mancata interoperabilità con i sistemi informatici INPS fa sì che – una volta

²¹ L'emergenza legata alla pandemia COVID-19 ha impattato fortemente i livelli di presa in carico dei beneficiari RdC. Nei mesi di sospensione della condizionalità nel secondo trimestre del 2020, il numero di casi avviati per mese si è quasi azzerato, tornando a livelli pre-pandemia solo ad agosto 2020. La presa in carico ha poi subito un secondo brusco rallentamento durante i mesi invernali del 2020/2021, durante la seconda ondata della pandemia.

accolta la domanda RdC – il caricamento dei casi non avvenga in maniera continuativa ma ad intervalli irregolari, con un conseguente accumulo di casi.

Figura 9 – Tempi di avvio della presa in carico, dallo splitting



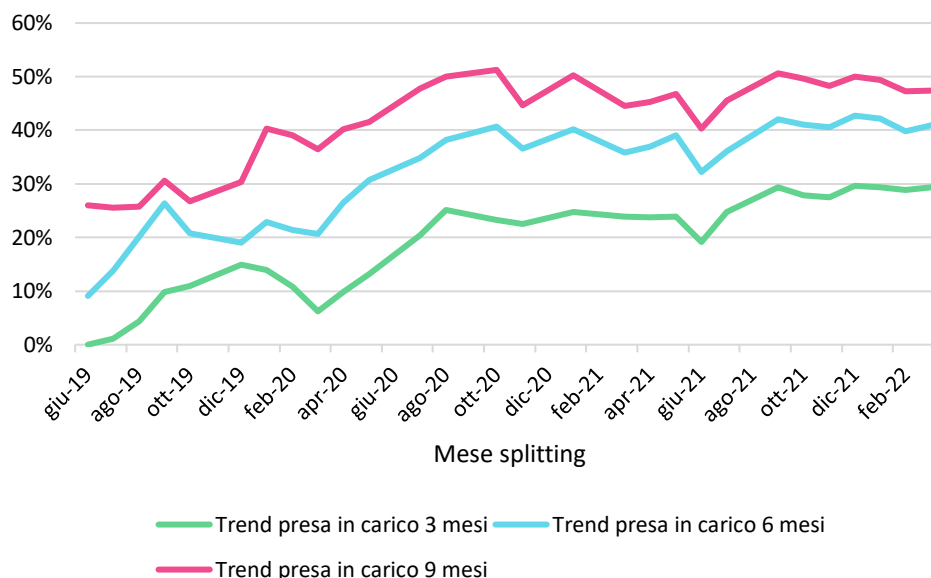
Dall'Assegnazione all'Analisi Preliminare: miglioramento lento

I dati del 2022 mostrano inoltre che una volta ricevuto in assegnazione il caso, il case manager impiega circa 1 mese per avviare l'Analisi Preliminare su GePI. Questa tempistica è in linea con quanto previsto dalla norma e conferma che il ritardo iniziale dipende principalmente da fattori che sono esterni alla responsabilità del case manager. Questo dato potrebbe tuttavia sottostimare le prese in carico concretamente avviate a causa dell'utilizzo di strumenti alternativi o complementari a GePI (supporti cartacei, cartelle sociali, sistemi informativi locali, etc.) nelle varie fasi della presa in carico, con il conseguente mancato utilizzo del GePI.

Nel complesso, dall'accoglimento della domanda RdC, i nuclei beneficiari nel 2022 hanno atteso in media circa 5 mesi prima dell'avvio dell'Analisi Preliminare. Va sottolineato che questo dato rappresenta un netto miglioramento rispetto al 2020 e 2021, durante i quali il beneficiario attendeva 9 e 7 mesi, rispettivamente, dal momento dell'accoglimento della sua domanda all'avvio dell'Analisi Preliminare.

In aggiunta ai ritardi nell'avvio della presa in carico, i dati amministrativi fanno emergere un importante arretrato di domande che i case manager non riescono a riassorbire. Questo implica spesso che per una parte dei beneficiari della misura, la presa in carico non viene mai avviata nel corso dei 18 mesi di fruizione del beneficio. A livello nazionale, i dati mostrano che tra le domande accolte, a 9 mesi dal caricamento dei casi sulla Piattaforma GePI, la presa in carico arriva a poco meno del 50% dei casi complessivamente presenti. In altre parole, un beneficiario su due non è stato preso in carico entro 9 mesi dal suo caricamento sulla piattaforma GePI. Tuttavia, le domande per cui la presa in carico viene avviata entro 3 mesi dal caricamento in piattaforma sono aumentate progressivamente nel tempo, a indicare una progressiva velocizzazione del processo, seppure non arrivino mai a superare il 30%.

Figura 10 – Trend della presa in carico delle domande in stato accolta



I risultati del questionario online confermano le tendenze emerse dai dati della piattaforma GePI, sebbene le tempistiche indicate nelle risposte del questionario sottostimino il ritardo complessivo rispetto ai dati amministrativi. A livello nazionale, il 70% dei case manager ha risposto che il coordinatore impiega almeno 30 giorni per l'assegnazione del caso. Le azioni successive effettuate dal case manager prima di procedere alla convocazione sembrerebbero svolte, nella percezione degli operatori, in tempistiche relativamente ridotte: nel 63% dei casi il case manager riferisce di non impiegare più di un paio di giornate lavorative per controllare se il caso caricato sulla piattaforma GePI sia attivo o meno. Inoltre, la maggioranza dei partecipanti dichiara che sia necessaria solamente qualche ora per verificare che siano stati finalizzati positivamente i controlli anagrafici sul caso. Questi ultimi, da norma, dovrebbero essere effettuati

dagli operatori dell'anagrafe comunale, ma ne viene comunque verificata l'effettiva finalizzazione da 1 case manager su 2 che ha completato il questionario. Inoltre, emerge dai focus group che molti case manager effettuano tali controlli prima dell'avvio della presa in carico, al fine di prevenire, come avviene relativamente spesso, la gestione di casi di beneficiari per i quali, pur non avendo i requisiti necessari per l'accesso alla misura, viene avviata ugualmente la presa in carico, con successiva interruzione della stessa.²²

I focus group hanno permesso di validare e complementare i dati della piattaforma GePI e del questionario online, e di aggiungere preziosi elementi di contesto che aiutano a spiegare le motivazioni che si nascondono dietro ai ritardi sopra descritti. Al netto di qualche variazione regionale, sono emerse le stesse difficoltà in tutti i territori coinvolti negli approfondimenti qualitativi, a significare colli di bottiglia comuni. Le principali fonti di ritardo indicate dagli operatori sono presentate qui di seguito.

Importanti difficoltà precedono la fase di avvio della presa in carico

Nel corso dei focus group sono state evidenziate una serie di difficoltà che precedono la vera e propria fase di avvio della presa in carico, inerenti al caricamento dei casi su GePI da parte di INPS. Questa fase può richiedere fino ad un paio di mesi e tende a creare accumulo del carico di lavoro. La mancanza di regolarità e continuità nel caricamento dei casi in piattaforma ha come conseguenza l'assegnazione in blocco dei casi da parte dei coordinatori (ad esempio, si parla di 50/100 domande per volta nel caso di Roma).

Inoltre, l'eventuale accesso alla piattaforma con poca frequenza da parte del coordinatore alimenta ulteriormente l'accumulo di casi. La possibilità del coordinatore di accedere alla piattaforma GePI dipende in parte da elementi organizzativi, quali l'adeguatezza dell'organico e la presenza di postazioni informatiche sufficienti e sempre accessibili, che richiedono tempistiche prolungate per essere superati. Questo primo ritardo ha due effetti:

- i. l'assegnazione contemporanea di qualche decina di domande al case manager impone la necessità di prioritizzare; dunque, alcuni casi vengano avviati su GePI con ulteriore ritardo;
- ii. nel lasso di tempo che trascorre dalla presentazione della domanda all'apertura del caso da parte del case manager la situazione del beneficiario può cambiare anche

²² Allo stato attuale, una volta che il caso passa da attivo a decaduto o revocato, questo non è più modificabile sulla piattaforma GePI e dunque non è possibile proseguire con la presa in carico. Per ovviare a questo ostacolo, il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali sta lavorando ad una nuova funzionalità per permettere di proseguire la presa in carico dei beneficiari RdC sulla piattaforma GePI anche oltre la durata del beneficio.

notevolmente (ad esempio il beneficiario può perdere i requisiti di accesso alla misura oppure essere escluso/esonerato).

La combinazione di questi due elementi, che non sono sotto il controllo né la diretta responsabilità del case manager impone un rallentamento ulteriore.

Infine, i case manager hanno evidenziato che non è intuitivo capire se e quando si ricevono nuovi casi da parte del proprio coordinatore nella piattaforma e non sempre hanno contezza dei nuovi casi da avviare. I focus group hanno permesso di instaurare un dialogo costruttivo con gli assistenti sociali, in cui è stato dato risalto ad una possibile soluzione pratica, ossia l'inserimento di notifiche apposite che segnalino sia al coordinatore la presenza di nuovi casi da assegnare sia al case manager i nuovi casi da avviare dopo che questi sono stati assegnati.

Le evidenze emerse dai focus group confermano quindi la presenza di un ritardo notevole prima ancora che il case manager inizi a lavorare sul caso e forniscono elementi utili a chiarire in che modo, ed in quali momenti, questo ritardo viene accumulato. Si sottolinea che per superare questo collo di bottiglia sono necessarie soluzioni a più livelli, differenziate per le diverse sottofasi (caricamento dei casi su GePI, assegnazione del caso, avvio da parte del Case Manager).

Le difficoltà a monte si ripercuotono sulla fase di avvio del caso: le verifiche sul caso

In quasi tutti i territori ascoltati, i case manager effettuano delle verifiche aggiuntive prima di avviare il caso sulla piattaforma GePI. In particolare, prima di aprire il caso i case manager spesso iniziano a reperire informazioni sulla composizione del nucleo, sullo storico della presa in carico, sui servizi precedentemente attivati e sulla presenza di eventuali cause di esclusione ed esonero. I focus group hanno confermato questo dato, che era emerso attraverso il questionario online.

Le verifiche comunemente effettuate si riferiscono alla finalizzazione dei controlli anagrafici, alla composizione del nucleo familiare e alla dichiarazione ai fini ISEE. Spesso durante la presa in carico il case manager individua difformità relative ai requisiti anagrafici o alla composizione del nucleo. Auspicabilmente, una linea di contatto diretta con gli uffici INPS faciliterebbe la comunicazione di anomalie e la successiva sospensione o revoca del beneficio. Come anticipato precedentemente nel capitolo, nei casi in cui queste verifiche non anticipino l'avvio della presa in carico, gli operatori si assumono il rischio di dover interrompere la presa in carico nei casi di mancanza dei requisiti di residenza, cittadinanza o soggiorno, con conseguente rischio di ledere il rapporto fiduciario con il beneficiari, specialmente nei casi in cui tali verifiche non siano effettuate

direttamente dal case manager, che quindi non è a conoscenza delle motivazioni della revoca del beneficio.

In generale, tutti gli operatori intervistati hanno espresso una forte preferenza per un modello con maggiori controlli ex-ante, simili a quelli del Reddito d'Inclusione (REI) per evitare di penalizzare i nuclei più fragili. Nello specifico, nei casi in cui la mancanza di controlli a monte determina la successiva revoca del beneficio a presa in carico già iniziata, è possibile che vengano penalizzati nuclei che, pur non avendo i requisiti per accedere alla misura RdC, siano caratterizzati da forte fragilità.

In alcuni territori, come quello di Perugia, i case manager aprono il caso su GePI contestualmente all'incontro con il beneficiario per l'Analisi Preliminare. Questo escamotage evita di dar origine ad *alert* in GePI relativi alla scadenza delle tempistiche previste dalla norma (30 giorni per l'avvio Analisi Preliminare) durante la fase di verifiche iniziali. La presenza di questo passo aggiuntivo, non previsto dalla norma ma contemplato a livello locale, rende la scadenza dei 30 giorni per la convocazione del beneficiario per l'Analisi Preliminare difficilmente raggiungibile.

L'importanza di una comunicazione chiara sul contenuto della misura e di modalità di convocazione agevolate

Il principale punto critico relativo alla fase di avvio del caso, identificato all'unanimità in tutti i territori, è la comunicazione incompleta, e parzialmente distorta, sul contenuto della misura RdC e le sue condizionalità²³. Alla luce di questa situazione, spesso i beneficiari sono reticenti a comunicare e collaborare con i servizi sociali, soprattutto dopo aver ricevuto per mesi, e in alcuni casi anni, un beneficio economico "incondizionato". In alcuni territori, l'Analisi Preliminare viene completata nel corso di più colloqui: il case manager si ritrova a dover investire tempo per spiegare al beneficiario il contenuto della misura, le motivazioni della convocazione e gli impegni

²³ La misura RdC è stata presentata, sia a livello istituzionale e sia a livello mediatico, come una misura principalmente di attivazione lavorativa, mentre non è stata data adeguata informazione agli aspetti di inclusione sociale e di presa in carico da parte dei servizi sociali dei Comuni, parte integrante della misura esattamente con l'attivazione lavorativa. Il sito ufficiale del RdC www.redditicittadinanza.gov.it, ad esempio, si rivolge agli utenti con un video e una frase di accompagnamento molto focalizzata sul lavoro: "Se sei momentaneamente in difficoltà, il Reddito di cittadinanza ti aiuta a formarti e a trovare lavoro permettendoti così di integrare il reddito della tua famiglia. Il Reddito di cittadinanza ha inoltre l'obiettivo di migliorare l'incontro tra domanda e offerta di lavoro, aumentare l'occupazione e contrastare la povertà e le disuguaglianze". La comunicazione mediatica, così come emersa dai social media e ripresa dai media mainstream, non ha aggiunto informazioni sul ruolo dei servizi sociali e sull'obbligo, per chi fa domanda di RdC, di avviare una presa in carico. Informazione che è rimasta limitata alla stampa e ai blog di settore. Il risultato è stata una scarsa conoscenza degli obiettivi e della strutturazione della misura da parte dei beneficiari che, non comprendendo il motivo di una presa in carico, spesso si sono rivelati reticenti a partecipare o comunque ad avviare un percorso, soprattutto dopo aver ricevuto il beneficio per mesi senza obblighi e condizionalità.

a cui il beneficiario è chiamato a rispettare. In altri territori, vengono organizzati diversi colloqui informativi e orientativi sulla misura, in cui il case manager spiega i motivi del contatto e fornisce informazioni sugli step della presa in carico prima di poter convocare il beneficiario per l'Analisi Preliminare.

Questa problematica emerge con particolare forza nei casi di beneficiari precedentemente sconosciuti al servizio sociale, che spesso non risultano facilmente reperibili tramite i canali informali e necessitano di convocazione formale, che ha tempistiche estese, soprattutto se si sceglie di procedere alla convocazione tramite raccomandata. Nei casi in cui il beneficiario risponda al messaggio, all'email o alla telefonata, la convocazione e l'avvio della presa in carico si snelliscono e velocizzano in maniera sostanziale rispetto alla convocazione formale con raccomandata, che richiede una procedura aggiuntiva al Comune, il recapito della convocazione e l'attesa dell'eventuale periodo di giacenza e di notifica di ritorno. Questi passaggi formali sono un requisito imprescindibile per procedere con una segnalazione per mancato rispetto della convocazione, che provoca la sospensione di una mensilità del beneficio e, a seguito di tre segnalazioni, la decadenza. Solo successivamente alla segnalazione, il case manager può inviare nuova convocazione (informale e poi formale, nel caso di reiterata non risposta).

Per ovviare ai numerosi passaggi extra-piattaforma necessari per l'invio di una convocazione formale, gli operatori hanno avanzato la proposta di dare valenza formale alla comunicazione via GePI. Le convocazioni inviate direttamente da GePI, infatti, sono molto più rapide e semplici da inviare.

Box 4 - Padova: Buone pratiche per ovviare alla mancanza di comunicazione adeguata sulla misura

Il Comune di Padova ha predisposto un documento di formazione per le equipe RdC, frutto di un lavoro condiviso tra più professionalità (assistenti sociali, educatori e psicologi), per ovviare ai problemi generati dalla scarsa conoscenza della misura in fase di contatto con il beneficiario.

Il documento, infatti, ha l'obiettivo dichiarato di aiutare le case manager a capire "cosa può ostacolare l'aggancio e l'avvio del progetto RdC" e aiutarle a formulare "strategie da utilizzare per gestire le criticità e facilitare l'aggancio al progetto RdC". Tra gli altri, viene citato il problema del primo contatto con il beneficiario. Nel documento di legge: "Polemiche sulle tempistiche di contatto - I beneficiari che contattiamo potrebbero essere in attesa da tempo, oppure aver partecipato ad altre prese in carico, con scarsa efficacia. Le persone potrebbero quindi essere sfiduciate rispetto al

servizio sociale e all'attivazione di un altro percorso di presa in carico. Es. *prendono tutti l'RdC, ma com'è che chiamate solo me?; sono al terzo rinnovo del reddito e nessuno mi ha mai chiamato, perché mi chiamate solo ora?; guardi, ho già fatto tre tirocini ed è stata solo una perdita di tempo.* Segue la relativa proposta di strategia da adottare: "Inserire la chiamata/colloquio entro la cornice normativa, del ruolo dell'AS, dell'obiettivo del servizio e della misura - Spesso le persone non hanno informazioni chiare e/o sufficienti sulla misura dell'RdC e da questo possono derivare incomprensioni e atteggiamenti conflittuali: risulta fondamentale quindi fornire, attraverso un linguaggio adatto all'interlocutore, una cornice che le permetta di capire dove si trova, perché viene chiamata/convocata, quali sono le rispettive responsabilità".

Per ovviare a questo problema, a Bologna è stato introdotto un sistema di messaggistica comunale alternativo a quello disponibile su GePI, creando di fatto due canali di comunicazione paralleli con il beneficiario (Box 5). A Venezia, la presa in carico è organizzata su due livelli: il primo livello si occupa di contattare tutti i beneficiari e raccogliere le informazioni necessarie per l'Analisi Preliminare, mentre il secondo livello lavora alla presa in carico con i beneficiari che hanno i requisiti per la firma del Patto. In questo modo si minimizza il ritardo nella presa in carico legato alla difficoltà di contattare ed interagire con una parte della platea beneficiaria.

Box 5 - Bologna: l'assegnazione prioritaria dei casi agli assistenti sociali

A livello organizzativo, la città di Bologna è suddivisa in sei quartieri e sei servizi sociali. I casi vengono assegnati agli operatori in maniera manuale. Si procede, cioè, a un "lavoro di istruttoria centralizzata": gli elenchi dei beneficiari presenti su GePI vengono incrociati con il sistema informativo locale e divisi in due sotto-elencchi, che distinguono gli individui già conosciuti ai servizi e quelli non ancora conosciuti, con le relative informazioni di contatto e recapito. Chi è già in carico ai servizi viene assegnato agli assistenti nel territorio di riferimento, mentre, per gli individui precedentemente sconosciuti al servizio sociale va individuata la residenza anagrafica e poi il caso viene assegnato manualmente all'ufficio territoriale di competenza. In questa fase si procede anche ai controlli anagrafici e alle verifiche sulla composizione del nucleo in coordinamento con l'anagrafe di competenza. In questo modo si assicura che i beneficiari vengano presi in carico in ordine di priorità e nel quartiere di residenza. Ai fini della programmazione dell'incontro di Analisi Preliminare, viene data priorità ai casi che risultano sconosciuti ai servizi sociali, mentre gli incontri con i nuclei che hanno uno o più interventi attivi vengono postposti all'incirca di un mese.

Convocazione del beneficiario e apertura del caso

Punti di forza

- Flessibilità dell'organizzazione del lavoro all'interno dei servizi sociali
- Rapidità delle convocazioni informali attraverso GePI

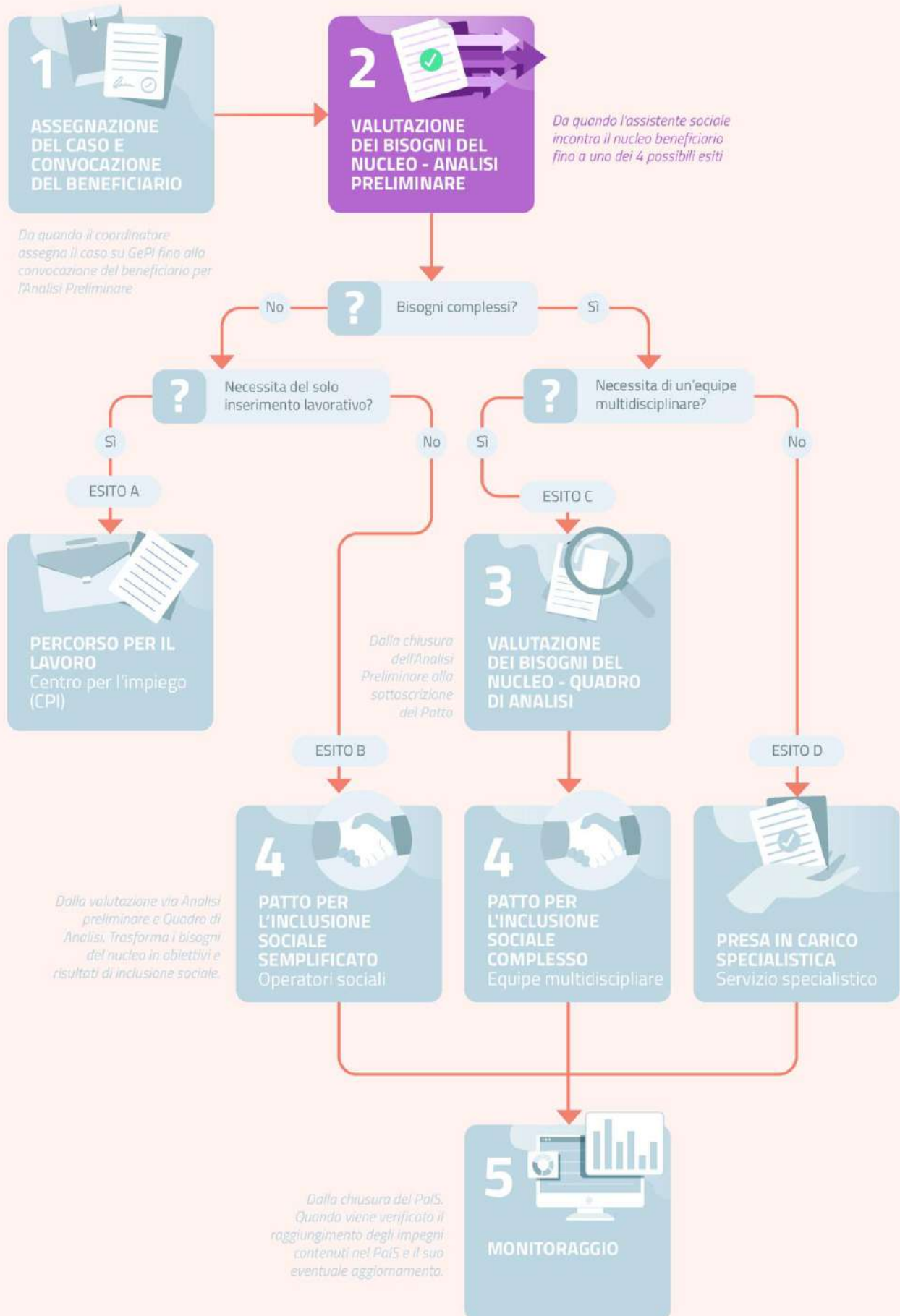
Punti di debolezza

- Ritardi nel caricamento dei casi sulla piattaforma GePI
- Mancanza di avvisi e/o alert per segnalare il caricamento dei casi sulla piattaforma GePI
- Complessità della convocazione dei beneficiari attraverso canali formali
- Mancanza di controlli ex-ante sui requisiti di accesso alla misura e di una comunicazione chiara al beneficiario sul suo disegno e sulle sue condizionalità

Opportunità di miglioramento

- Nel disegno di una nuova misura potrebbero considerarsi "accolte" solo le domande verificate rispetto ai requisiti di accesso alla misura, compresi quelli anagrafici e di composizione del nucleo, tramite adeguata interoperabilità tra le piattaforme (in primis, anagrafe nazionale).
- Subordinare l'erogazione monetaria all'inizio della presa in carico, facendo attenzione a non penalizzare i beneficiari in caso di saturazione dei servizi, potrebbe snellire seriamente i tempi di convocazione dei beneficiari e i relativi ritardi di avvio della presa in carico.
- Sarebbe importante considerare una strategia di comunicazione mirata, che chiarisca ai potenziali beneficiari, ancor prima della presentazione della domanda, l'opportunità e la necessità di attivazione personale.
- Sarebbe utile prevedere che il mancato riscontro, da parte dei beneficiari, alla convocazione effettuata tramite canali quali messaggistica telefonica o posta elettronica acquisisca un valore formale

Analisi Preliminare



L'Analisi Preliminare

La valutazione multidimensionale dei bisogni del nucleo familiare e dei suoi componenti inizia con l'Analisi Preliminare. Comincia quando l'assistente sociale incontra il nucleo beneficiario e termina con uno dei quattro possibili esiti dell'Analisi Preliminare stessa: il reindirizzamento al Centro per l'impiego o ai servizi specialistici, l'indirizzamento al Quadro di Analisi oppure direttamente al Patto semplificato. Infine, è anche possibile che l'Analisi Preliminare porti alla chiusura del caso, nelle situazioni di esclusione ed esonero dei beneficiari.

La fotografia dell'Analisi Preliminare dai dati del GePI: pochi beneficiari con bisogni complessi

Durante il colloquio di Analisi Preliminare tra le famiglie indirizzate ai servizi sociali e l'assistente sociale responsabile del caso, vengono rilevate le criticità e i bisogni della famiglia tramite gli strumenti previsti dalle Linee Guida per la definizione dei Patti per l'inclusione sociale. La scheda di Analisi Preliminare²⁴ guida l'assistente sociale nella prima analisi dei bisogni delle famiglie nelle seguenti aree: bisogni di cura e funzionamenti personali e sociali, reti sociali familiari, stato di salute, condizione lavorativa.

Figura 11 – Una parte della scheda Analisi Preliminare dalle linee guida

| <p>l'accesso al mercato del lavoro o a lavori sufficientemente remunerativi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Assenza prolungata dal mercato del lavoro <input type="radio"/> Assenza di esperienza lavorativa <input type="radio"/> Giovani NEET, non occupati né impegnati in corsi di formazione¹⁹ <input type="radio"/> Difficoltà di tenuta del rapporto lavorativo | | <p>3.5 Condizione abitativa</p> <p>1 Questa area di osservazione non rileva ai fini della definizione del p. flo, non presentandosi particolari criticità.</p> <p>2 Sono presenti criticità che mettono a rischio il mantenimento dell'alloggio o le condizioni di salute di chi lo abita. In tale caso è sempre necessario che sia coinvolto il servizio sociale.</p> <p>3 Sulla base degli altri bisogni rilevati può essere necessario procedere alla definizione di un Quadro approfondito, coinvolgendo nella équipe multidisciplinare gli operatori dei servizi rilevanti (Servizi per le politiche abitative; Centro per l'impiego ecc.).</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--------|-------|--|--|----------------------|--|---|---|---|--|---|---|---|---|--|---|--|---|--|--|---|--|---|--|
| <p>3.4 Educazione, Istruzione e formazione</p> <p>1 Questa area di osservazione non rileva ai fini della definizione del patto, non presentandosi particolari criticità.</p> <p>2 Sono presenti criticità che investono l'educazione dei minori. In tale caso è sempre necessario che sia coinvolto il servizio sociale.</p> <p>3 Sulla base del bisogno rilevato può essere necessario procedere alla definizione di un Quadro approfondito, coinvolgendo nella équipe multidisciplinare gli operatori dei servizi rilevanti (Scuola; Centro per l'impiego, ecc.).</p> | | <p>3.5a Titolarità abitativa</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Campo</th> <th>Domino</th> <th>Esito</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="6">Titolarità abitativa</td> <td><input type="checkbox"/> Di proprietà o godimento a pieno titolo</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Di proprietà con ipoteca o mutuo</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> In affi. o da privato</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> In affi. o da soggetto pubblico (es. casa popolare)</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Stanza in affi. o</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Struttura di accoglienza</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">3.5b Criticità rispetto all'alloggio</td> <td><input type="checkbox"/> Ospitato gratuitamente/uso gratuito/Usufrutto</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Occupazione dell'alloggio senza titolo</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Alloggio di fortuna/senza dimora</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | Campo | Domino | Esito | Titolarità abitativa | <input type="checkbox"/> Di proprietà o godimento a pieno titolo | 1 | <input type="checkbox"/> Di proprietà con ipoteca o mutuo | 2 | <input type="checkbox"/> In affi. o da privato | 3 | <input type="checkbox"/> In affi. o da soggetto pubblico (es. casa popolare) | 3 | <input type="checkbox"/> Stanza in affi. o | | <input type="checkbox"/> Struttura di accoglienza | | 3.5b Criticità rispetto all'alloggio | <input type="checkbox"/> Ospitato gratuitamente/uso gratuito/Usufrutto | | <input type="checkbox"/> Occupazione dell'alloggio senza titolo | | <input type="checkbox"/> Alloggio di fortuna/senza dimora | |
| Campo | Domino | Esito | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Titolarità abitativa | <input type="checkbox"/> Di proprietà o godimento a pieno titolo | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Di proprietà con ipoteca o mutuo | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> In affi. o da privato | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> In affi. o da soggetto pubblico (es. casa popolare) | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Stanza in affi. o | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Struttura di accoglienza | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.5b Criticità rispetto all'alloggio | <input type="checkbox"/> Ospitato gratuitamente/uso gratuito/Usufrutto | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Occupazione dell'alloggio senza titolo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Alloggio di fortuna/senza dimora | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>3.4a Educazione dei minori²⁰: sono presenti in famiglia minorenni con:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Campo</th> <th>Domino</th> <th>Esito</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="10">Educazione dei minori²⁰: sono presenti in famiglia minorenni con:</td> <td><input type="checkbox"/> Nessuna particolare criticità</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Con difficoltà linguistiche</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Con difficoltà di apprendimento</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Con bisogni educativi speciali (BES) riconosciuti</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Non frequentanti con regolarità la scuola dell'obbligo</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Inadempienti rispetto all'obbligo scolastico</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Minorenni NEET non occupati né impegnati in attività formative dopo l'interruzione degli studi²²</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Competenze formative insufficienti per l'accesso al mercato del lavoro</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | Campo | Domino | Esito | Educazione dei minori ²⁰ : sono presenti in famiglia minorenni con: | <input type="checkbox"/> Nessuna particolare criticità | 1 | <input type="checkbox"/> Con difficoltà linguistiche | 2 | <input type="checkbox"/> Con difficoltà di apprendimento | 3 | <input type="checkbox"/> Con bisogni educativi speciali (BES) riconosciuti | 3 | <input type="checkbox"/> Non frequentanti con regolarità la scuola dell'obbligo | | <input type="checkbox"/> Inadempienti rispetto all'obbligo scolastico | | <input type="checkbox"/> Minorenni NEET non occupati né impegnati in attività formative dopo l'interruzione degli studi ²² | | <input type="checkbox"/> Competenze formative insufficienti per l'accesso al mercato del lavoro | | | | | | |
| Campo | Domino | Esito | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Educazione dei minori ²⁰ : sono presenti in famiglia minorenni con: | <input type="checkbox"/> Nessuna particolare criticità | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Con difficoltà linguistiche | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Con difficoltà di apprendimento | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Con bisogni educativi speciali (BES) riconosciuti | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Non frequentanti con regolarità la scuola dell'obbligo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Inadempienti rispetto all'obbligo scolastico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Minorenni NEET non occupati né impegnati in attività formative dopo l'interruzione degli studi ²² | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Competenze formative insufficienti per l'accesso al mercato del lavoro | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

²⁴ <https://www.lavoro.gov.it/redditodicittadinanza/Patto-per%20-inclusione-sociale/Documents/RdC-ANALISI-PRELIMINARE.pdf>

Dall'analisi dei dati della piattaforma GePI emerge che in media un assistente sociale inserisce 3 criticità su circa 60 disponibili per nucleo familiare, e nel 18% delle Analisi Preliminari non vengono selezionate criticità in nessuna area (ad eccezione delle aree spesa²⁵ ed alloggio, per le quali è obbligatorio selezionare almeno un'opzione). Ma che cosa significano questi dati? Le famiglie in carico al RdC presentano situazioni effettivamente poco problematiche? Attraverso ulteriori dati amministrativi, il sondaggio online e nel corso dei focus group con i case manager, si è cercato di avere riscontro di tali dati, ed è emersa una situazione differente.

La valutazione multidimensionale fa emergere che quasi la metà delle famiglie con Patto firmato affronta criticità legate al profilo occupazionale. Tra le principali criticità figura la prolungata assenza dal mercato del lavoro e la mancanza di esperienza lavorativa, l'assenza di un titolo di studio adeguato o competenze digitali, e la presenza di difficoltà di inserimento lavorativo a causa dell'età avanzata o presenza di carichi di cura. Spesso si tratta quindi di profili che faticerebbero a trovare un lavoro in tempi brevi e per i quali risulta importante il percorso di accompagnamento previsto dai Patti. Oltre un quarto dei nuclei familiari presenta criticità legate a patologie, gravi o lievi permanenti, e oltre il 21% non ha una rete sociale che possa sostenerle, come parenti o amici, ovvero di persone che soffrono la situazione di isolamento sociale e che, come beneficiari RdC, vengono invece prese in carico da una rete di servizi. Queste criticità non si differenziano molto tra famiglie con minori e famiglie composte da solo adulti. Una delle differenze principali riguarda i carichi di cura, che rappresentano una delle principali criticità per il 25% delle famiglie con minori.

²⁵ Per spese si intende: Spese mediche straordinarie; Spese per l'istruzione, es. libri scolastici, tasse universitarie, Spese per trasporti necessari (es. pendolari) come treni, autobus, carburante, Bollette di acqua, luce e gas e tributi; Spese di gestione e manutenzione ordinaria della casa

Figura 12 – Percentuale di bisogni selezionati nell'Analisi Preliminare (Nuclei beneficiari 2022 con Patto firmato)



L'Analisi Preliminare: uno strumento apprezzato anche se poco flessibile per poter comprendere maggiormente i bisogni del beneficiario

Attraverso la rilevazione online è emerso un apprezzamento diffuso dell'Analisi Preliminare come strumento di valutazione, con il 91% dei case manager che si è detto totalmente o parzialmente d'accordo sull'utilità delle domande contenute nell'Analisi Preliminare²⁶ e il 79% che trova tali domande esaustive²⁷. L'88% ha inoltre dichiarato di usare l'Analisi Preliminare come traccia durante i colloqui²⁸.

Nel corso dei focus group tale orientamento è stato confermato pressoché in tutte le sedi, ma con qualche precisazione. La scheda di Analisi Preliminare è ritenuta un'ottima base per catturare la situazione della famiglia ma viene percepita dai case manager come mancante sia di alcune categorie sia della flessibilità necessaria per rappresentarle. Di fronte alla difficoltà di codificare i bisogni emersi durante i colloqui, una delle pratiche più diffuse è quella di inserire quanto rilevato dal colloquio nello spazio note, senza quindi averne riscontro nella scheda di Analisi Preliminare. Ciò spiega in parte anche il dato sopramenzionato relativo alle schede in cui non vengono selezionate criticità in nessuna area. Quest'ultimo aspetto, tuttavia, nei focus group è stato spiegato anche come collegato alla scarsa flessibilità della scheda di Analisi Preliminare,

²⁶ Cfr. Allegato I - domanda 11 questionario

²⁷ Cfr. Allegato I - domanda 12 questionario

²⁸ Cfr. Allegato I - domanda 13 questionario

ovvero al fatto che lo strumento di valutazione non permetta di aggiornare in maniera semplice nel tempo le criticità che emergono nel corso della presa in carico. *“Capire qual è il problema della famiglia è un percorso lungo, non sempre i reali problemi della persona emergono al primo incontro. Nel tempo troviamo altre problematiche, quindi preferiamo non inserire alcuna criticità piuttosto che inserirle alcune che non rispecchiano la realtà. Procedere invece a de-finalizzare e ri-finalizzare l’Analisi Preliminare è molto lungo, diventa un lavoro burocratico, perché devi cambiare l’esito tante volte nel tempo” (Napoli).*

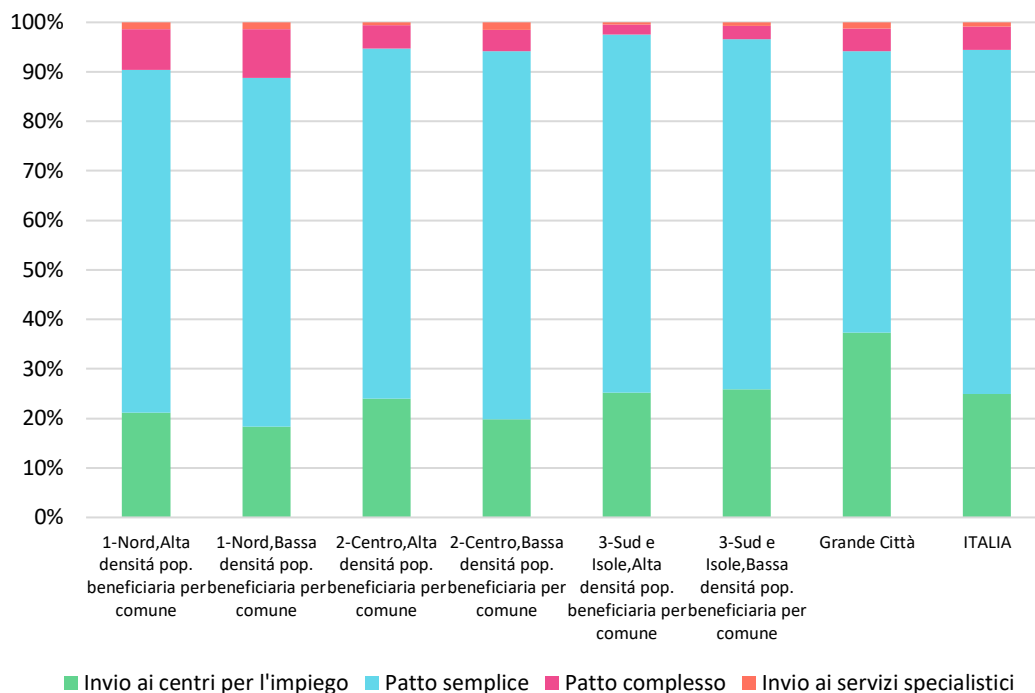
La mancanza di flessibilità della scheda di Analisi Preliminare, insieme alla necessità di un lasso di tempo maggiore di un primo colloquio per comprendere i reali bisogni dei beneficiari, porta inoltre alcune case manager a preferire di usare la propria cartella personale: *“La scheda di Analisi Preliminare presa come traccia generale di argomenti va molto bene, ma seguirla domanda per domanda non è fattibile. Alcune domande, infatti, sono troppo dirette (specialmente con le criticità particolari che hanno bisogno di tempo per emergere). In più non è esaustiva, non riusciamo a registrare tutta una serie di elementi qualitativi (sentimenti, come si presenta al servizio, storia pregressa ecc.) e non c’è abbastanza spazio note per tenerne traccia. Quindi preferisco prendere appunti sulla mia cartella personale e consultarla quando vado a rivedere la valutazione del nucleo perché la scheda di Analisi Preliminare non mi basta” (Perugia).* Dunque, a causa dei motivi riportati, l’inserimento dei bisogni prevalenti avviene fuori dalla piattaforma o in nota, risultando perciò sottostimato.

L’utilizzo di strumenti di lavoro nuovi, quali le schede dell’Analisi Preliminare, inseriti in un contesto di innovazione digitale e metodologica non ancora entrati a regime nella professione sociale possono aver generato delle difficoltà per i case manager. Questo emerge soprattutto come difficoltà nel riuscire a codificare e documentare in modo sintetico le problematiche rappresentate dei beneficiari. A tal riguardo sarebbe utile ampliare gli obiettivi della formazione dei case manager coinvolti nel processo di presa in carico, che non riguardino né solo la metodologia né solo l’uso puramente tecnico della piattaforma informatica, ma capaci di proporre un nuovo modo di approcciarsi al tema in maniera olistica, considerando la transizione digitale che sta coinvolgendo tutti i lavori, soprattutto dal Covid-19 in poi. Inoltre, potrebbe essere utile rendere più semplice il processo di modifica dell’Analisi Preliminare, per evitare che non venga chiusa in attesa che emergano pian piano i bisogni.

Gli esiti dell'Analisi Preliminare: molti patti semplificati, pochissimi rinvii ai servizi specialistici

Sulla base delle informazioni inserite dal case manager nella scheda Analisi Preliminare, GePI suggerisce in automatico il percorso più idoneo tra i quattro proposti²⁹. I dati amministrativi mostrano che dalle Analisi Preliminare svolte nel 2022, su quattro possibili esiti, nel 70% dei casi prevale l'esito B, ovvero il percorso verso il Patto semplificato.

Figura 13 – Esiti Analisi Preliminari (Percentuale)



Il GePI suggerisce il Patto semplificato se in esito alla valutazione preliminare non è emersa alcuna criticità che richiede di procedere con un quadro di analisi. Sappiamo, tuttavia, sia dal sondaggio online sia dai focus group, che spesso gli assistenti sociali preferiscono forzare l'esito dell'Analisi Preliminare verso un patto semplificato perché più gestibile all'interno del servizio sociale, senza il coinvolgimento di soggetti esterni. Nel sondaggio online, ad esempio, il 63% degli assistenti sociali si dicono d'accordo a procedere con un patto semplificato anche in presenza di bisogni complessi, per evitare appesantimenti burocratici³⁰. Ciò non vuol dire, spiegano le assistenti sociali, che i beneficiari presentino poche criticità o che non si tenga conto dei bisogni

²⁹ Tale esito può essere modificato manualmente dal case manager.

³⁰ Cfr. Allegato I - domanda 19

complessi nell'accompagnamento del beneficiario, ma solo che in molte situazioni, non ne viene data evidenza sul GePI, con conseguente disomogeneità del dato.

Sempre rispetto agli esiti dell'Analisi Preliminare, dai dati sappiamo che solo l'1% è indirizzato ai servizi specialistici. Nel sondaggio online, sono il 30% coloro che dichiarano di avere protocolli operativi e una buona comunicazione con servizi specialistici tali da consentire la scelta dell'esito D³¹. Di fatto gli operatori intervistati hanno parlato per lo più di rapporti formali o informali inesistenti o difficoltosi con i servizi specialistici, che ostacolano l'invio ai servizi specialistici dopo l'Analisi Preliminare. In molti hanno anche dichiarato di non scegliere l'esito D poiché questo significherebbe perdere il controllo sulla presa in carico. Lì dove non si può prescindere dal servizio specialistico, il case manager piuttosto procede con un patto complesso (esito C): "È troppo difficoltoso il contatto con i servizi specialistici, non c'è modo di inviare i beneficiari direttamente lì. Solo laddove la persona sia già presa in carico dal Centro di Salute Mentale, in cui la mia presenza come assistente sociale creerebbe confusione, allora scelgo esito D. Per il resto facciamo convergere gli esiti D in C. Con il Patto complesso riusciamo ad avere un documento firmato da tutta l'equipe che possa fungere anche da garanzia per noi. Con l'esito D sarebbe impossibile monitorare il caso" (Venezia).

L'Analisi Preliminare richiede generalmente più di un colloquio se il beneficiario non è già conosciuto ai servizi e se non sa che la presa in carico è una condizionalità

Come previsto dalle linee guida, l'Analisi Preliminare può essere svolta in uno o più colloqui. Il 71% degli assistenti sociali intervistati ha dichiarato di riuscire a completare l'Analisi Preliminare in un solo colloquio, dato confermato dai dati amministrativi, da cui emerge che, sebbene solo il 26% delle domande caricate su GePI nel 2022 abbia completato l'Analisi Preliminare, tra queste quasi il 75% completa l'analisi in meno di 2 giorni. Nell'incontro con gli assistenti sociali, scopriamo che, di fatto, solitamente chi riesce in un solo colloquio, è perché:

- a. il beneficiario è già in carico ai servizi, ovvero è già conosciuto e molte delle informazioni richieste dalla scheda di Analisi Preliminare sono facilmente reperibili dalle cartelle sociali del case manager;
- b. vengono raccolte informazioni preliminari già al momento del contatto telefonico con il beneficiario, come una sorta di pre-analisi preliminare.

³¹ Cfr. Allegato I - domande 20 e 21

L'impossibilità di completare l'Analisi Preliminare in un solo colloquio spesso si spiega con la necessità di recuperare informazioni sul nucleo non fornite durante il primo contatto. Un altro motivo emerso in tutti i focus group riguarda non tanto le informazioni strettamente necessarie per la compilazione della scheda, quanto la necessità di dover spiegare al nucleo il motivo della convocazione e il funzionamento della misura. Come già accennato nella sezione precedente sull'avvio del caso, infatti, l'incompleta comunicazione e informazione al cittadino sulla struttura della misura e le sue condizionalità ha fatto sì che i beneficiari non comprendessero la necessità di avviare un percorso di accompagnamento per poter ricevere il beneficio economico³². Si suggerisce di subordinare l'erogazione monetaria all'inizio della presa in carico, ponendo particolare attenzione a non penalizzare i beneficiari per i ritardi dei servizi.

La compilazione delle informazioni in GePI non sempre avviene in maniera contestuale al colloquio

Nel sondaggio online, il 60% dei case manager si è detto totalmente o parzialmente d'accordo a non usare il GePI durante il colloquio Analisi Preliminare ma a posteriori³³, situazione confermata anche durante i focus group. Le motivazioni addotte sono generalmente:

- a. la sensazione che avere uno schermo durante i colloqui crei una distanza con il beneficiario;
- b. motivi legati agli spazi fisici: non tutti i case manager hanno una postazione con PC nelle sale predisposte/adibite ai colloqui.

Tuttavia una proporzione significativa di assistenti sociali ha affermato che usare GePI durante i colloqui aiuta a ottimizzare i tempi di lavoro e ad essere più trasparenti: avere il PC e, se occorre, mostrare lo schermo al beneficiario durante il colloquio, aiuta gli assistenti sociali a spiegare il perché di talune domande previste dall'Analisi, ovvero spiegare loro che è la norma che chiede di indagare taluni aspetti, anche molto sensibili, come casi di violenza domestica e la presenza di precedenti penali: *"lo condivido lo schermo del computer e ne discutiamo insieme, per trasparenza. Viene molto apprezzato, aiuta anche a tranquillizzare il beneficiario e diventa un momento di riflessione sulla situazione, che lo aiuta anche a prendere le distanze dalle sue problematiche"* (Udine). Si suggerisce di rafforzare la formazione degli operatori sociali per utilizzare GePI in concomitanza del colloquio.

³² cfr. Sezione II – L'avvio del Caso

³³ Cfr. Allegato I - domanda 14

Analisi Preliminare

Punti di Forza

- L'Analisi Preliminare è considerata uno strumento utile per una prima valutazione del bisogno dei nuclei beneficiari

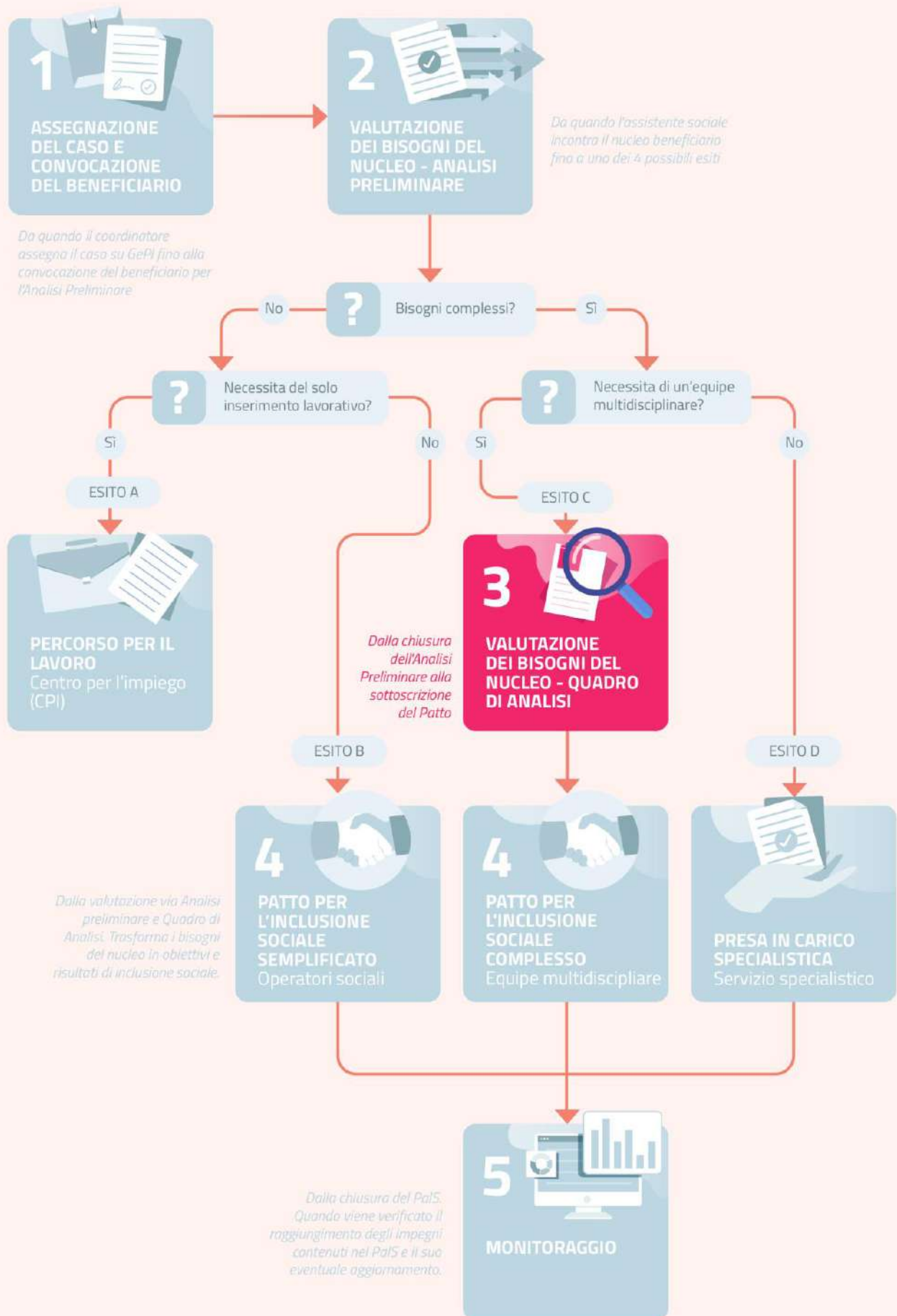
Punti di debolezza

- La scheda di Analisi Preliminare non è completa di tutte le aree di bisogno che i case manager riscontrano nei nuclei beneficiari al primo colloquio
- Non è abbastanza flessibile da consentire agevolmente di essere modificata per inserire eventuali criticità emerse dopo il primo colloquio (importante soprattutto per i nuclei che non sono già conosciuti)

Opportunità di miglioramento

- Uno strumento poco flessibile provoca un inserimento non esaustivo di informazioni sulle reali aree di bisogno e sulle condizioni di vulnerabilità dei beneficiari. Ciò ha ripercussioni sia sui successivi step del processo di presa sia sulla conoscenza generale del panorama di bisogno dei percettori RdC. Uno dei suggerimenti per questa problematica riscontrata è di rendere lo strumento di Analisi Preliminare più flessibile e semplice nel processo di modifica
- Sarebbero utili spazi per commenti e note più frequenti, in corrispondenza delle diverse aree di bisogno
- Si consiglia, inoltre, di fornire una formazione professionale per i case manager che non sia relativa né solo alla metodologia né solo all'uso solo tecnico della piattaforma informatica, ma che aiuti le case manager a comprendere come utilizzate lo strumento informatico nella pratica quotidiana della presa in carico.

Valutazione dei bisogni del nucleo - Quadro di Analisi



Il Quadro di Analisi

Il Quadro di Analisi prende avvio dopo la chiusura dell'Analisi Preliminare, non per tutti i nuclei ma solo nel caso in cui emergano bisogni acuti/complessi che richiedono un'analisi approfondita e la definizione di un progetto per il nucleo familiare con il supporto di un'equipe multidisciplinare. La fase del Quadro di Analisi termina al momento della finalizzazione dello stesso.

Il Quadro di Analisi è lo strumento a disposizione dei case manager per gestire le situazioni in cui il nucleo beneficiario presenta bisogni complessi, tali da richiedere un'analisi approfondita da parte del case manager con il supporto di un'equipe multidisciplinare. In termini operativi, il Quadro di Analisi è stato progettato per essere la base di dialogo tra professionalità diverse e tra professionisti e famiglie, in quanto permette l'adozione di un linguaggio comune nella definizione di un quadro di riferimento per la valutazione del nucleo familiare.

I dati amministrativi mostrano che nel 2022 solo il 4% delle Analisi Preliminari completate ha identificato bisogni complessi ed è proseguita con il Quadro di Analisi (cfr. Fig. 14) e che, mentre il numero totale di Analisi Preliminari completate a livello nazionale è stato soggetto a grosse variazioni nel tempo, il numero di Quadri di Analisi completati da inizio implementazione del RdC non è mai cambiato, rimanendo in totale sempre sotto i 1000 al mese (cfr. Fig. 15).

Figura 14 – Percentuale di Quadri di Analisi Completati sul totale delle Analisi Preliminari completate

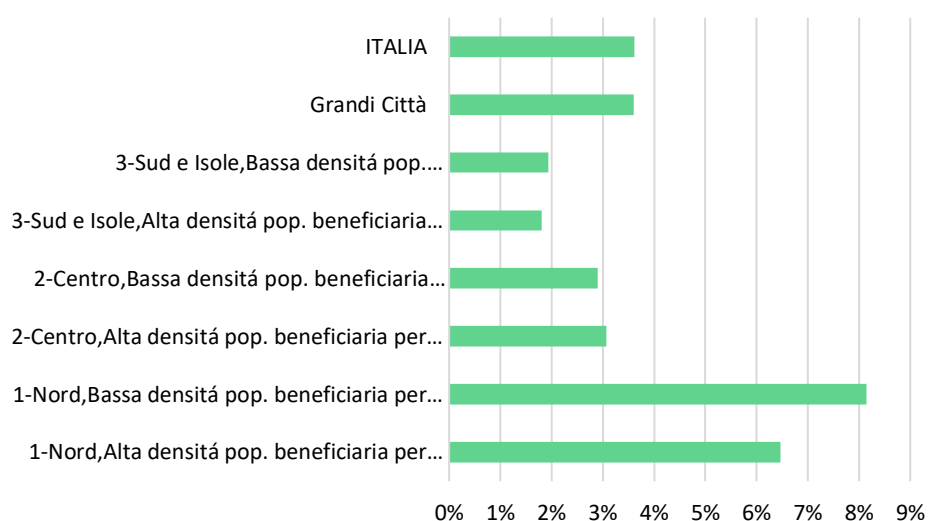
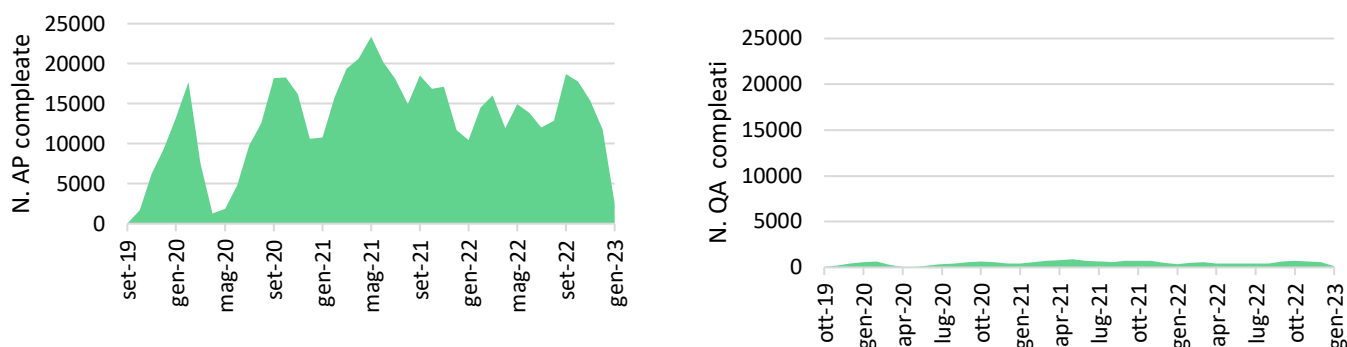


Figura 15 – Confronto tra Numero Analisi Preliminari e i Numero Quadri di Analisi completati per mese

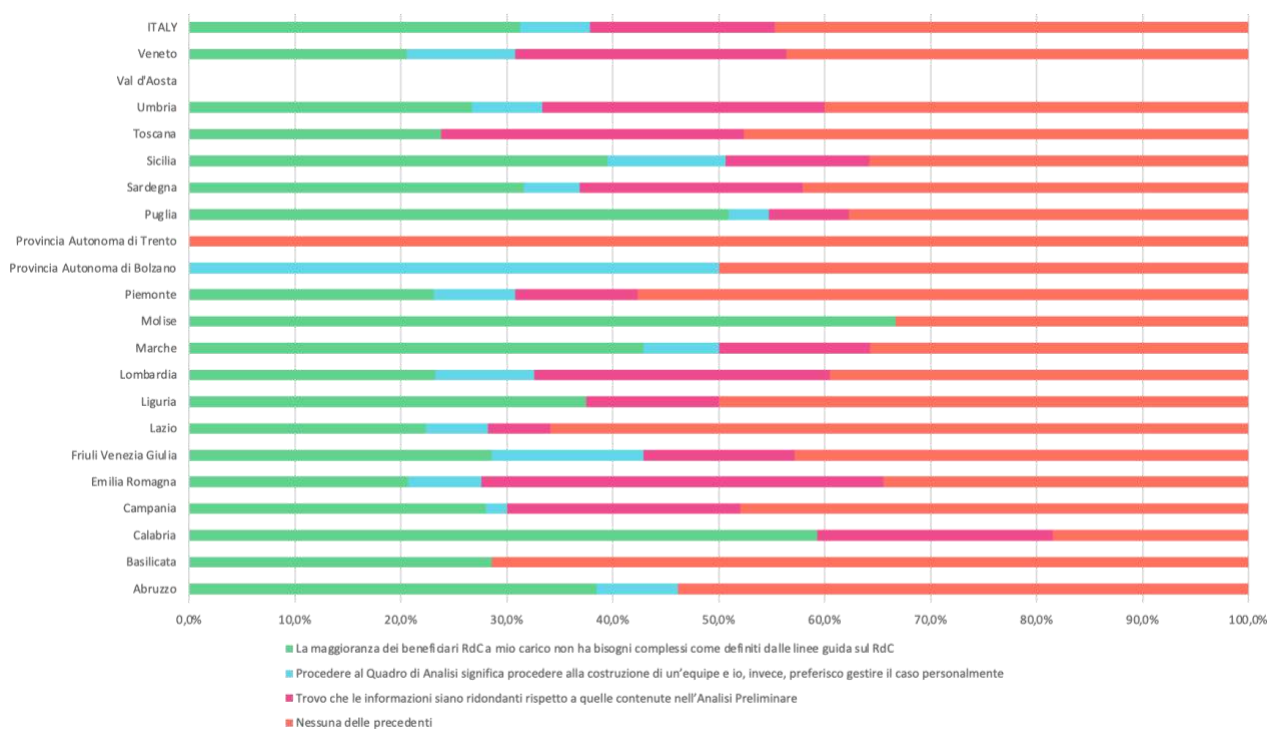


Attraverso il questionario online e i focus group si sono indagati i fattori che ostacolano l'uso dello strumento, cercando di capire se potessero essere ascrivibili alla assenza effettiva di bisogni complessi da parte dei percettori di RdC o se i motivi fossero altri.

Dal sondaggio online emerge che circa il 44% dei rispondenti non usa il Quadro di Analisi³⁴. Tra questi, più del 30% dice di non utilizzarlo perché non riscontra bisogni complessi nei nuclei in carico (con percentuali superiori al 50% in Calabria e in Puglia), mentre diverse regioni (su tutte Lombardia e Toscana con un 25% circa) ritengono ridondanti le informazioni del Quadro di Analisi, rispetto a quanto già rilevato con l'Analisi Preliminare. Tuttavia, per la maggioranza dei rispondenti, il 45%, le motivazioni del non utilizzo del Quadro di Analisi non rientrano tra quelle proposte nel questionario, come mostra il grafico in Figura 16, con picchi anche maggiori in Lazio e Piemonte. Nei focus group con gli operatori sono emersi due tipi di problematiche: la difficoltà di creazione di equipe multidisciplinare, per le quali il Quadro di Analisi è pensato, e la percezione dello strumento come troppo complesso.

Figura 16 – Uso del Quadro di Analisi – Motivazioni dei Case Managers

³⁴ Cfr. Allegato I – domanda 24



Le difficoltà di utilizzo del Quadro di Analisi sono strettamente collegate al tema dell'attivazione delle equipe multidisciplinari

Le linee guida indicano che il Quadro di Analisi "è specificamente rivolto a supportare le attività delle equipe multidisciplinari", ovvero è uno strumento a disposizione del case manager quando sceglie la modalità di lavoro in equipe. Durante i focus group, i case manager hanno confermato di usare il Quadro di Analisi solo quando occorre attivare l'equipe e che proprio le difficoltà riscontrate nella loro attivazione è una delle cause principali del mancato utilizzo del Quadro di Analisi. Tale motivazione, riscontrata in tutti i territori ascoltati, era emersa solo parzialmente dal sondaggio.

a. Mancanza di protocolli/accordi istituzionali intersettoriali

In quasi tutti i territori è emersa una diffusa e forte difficoltà nella costruzione territoriale di equipe multidisciplinari, dovuta alla mancanza di protocolli e/o accordi istituzionali intersettoriali. Tali problematiche, emerse anche nel questionario³⁵, sono state dettagliate durante i focus group. Molti territori lamentano il mancato passaggio formale tra enti, in termini

³⁵ Cfr. Allegato I - Domanda 26

di protocolli e accordi, per dare mandato ai servizi di collaborare nei progetti e legittimare l'integrazione operativa. La mancanza è avvertita soprattutto in relazione al sistema sanitario. In Veneto gli operatori affermano che *"servirebbero accordi a livello ministeriale (tra Ministero del Lavoro e Ministero della Salute), così da avere, di conseguenza, dei riferimenti formali entro cui operare a livello territoriale."* La mancanza di protocolli e accordi istituzionali può generare come effetto la difficoltà degli operatori a lavorare in equipe in quanto provoca l'assenza di una cornice regolativa di riferimento, e dunque di legittimazione entro cui operare e demanda la formazione di equipe interamente alla buona volontà o alla conoscenza personale tra operatori, certamente più fragile e discontinua, considerato anche il *turn over* dei professionisti stessi. *"Le ULSS non comprendono il tema di un collegamento tra erogazione del servizio sanitario ed erogazione del beneficio economico; quindi, la convocazione dell'Equipe per loro funziona solo nei casi da loro già seguiti. Non siamo riusciti a spiegare loro che l'obiettivo sarebbe proprio quello di creare equipe con persone nuove, che loro non conoscono. Bisogna a questo punto fare leva sui buoni rapporti personali con i servizi"* (Venezia).

In assenza di accordi e protocolli tra enti, gli operatori degli altri servizi non ricevono un mandato formale rispetto agli obiettivi della presa in carico e al proprio ruolo, e questo rende difficoltoso il loro coinvolgimento nel processo di presa in carico: *"In assenza di un passaggio formale (protocolli, accordi tra enti), gli altri servizi non hanno il mandato di collaborare in equipe. In aggiunta, gli altri servizi spesso non conoscono la misura RdC e il funzionamento della presa in carico, dunque risulta ancora più complicato il loro coinvolgimento diretto"* (Perugia).

b. Mancanza di protocolli/linee guida operative sul lavoro professionale della presa in carico attraverso equipe multidisciplinari

In alcuni casi, anche a fronte di accordi esistenti tra enti e servizi differenti, la costruzione di un'equipe per i casi RdC si complica a causa della mancanza di linee guida operative riguardanti le modalità di lavoro, le tempistiche, la tipologia di operatori da coinvolgere, la ricorrenza degli incontri, ma, soprattutto, la definizione di ruoli e responsabilità. È il caso, ad esempio, di Roma, dove, anche se a livello regionale è stato siglato un accordo³⁶ che richiede la designazione di referenti stabili dei tre settori (sociale, sanità, lavoro) per la costituzione di equipe multidisciplinari, nella pratica questa designazione non si è mai realizzata. Durante il focus group

³⁶ Nota del 24 maggio 2021 "Reddito di cittadinanza. Disposizioni per l'attivazione delle Equipe Multidisciplinare nel Lazio – Richiesta designazioni referenti

svolto a Roma, infatti, le assistenti sociali hanno confermato di non lavorare pressoché mai in equipe.

c. Privacy degli assistiti

Il tema della privacy relativo ai servizi sanitari e specialistici complica ulteriormente la partecipazione di servizi sanitari alle equipe. In particolare, tali servizi non sono autorizzati a condividere informazioni sensibili con il servizio sociale senza le opportune indicazioni e senza il consenso del paziente.

d. Assenza o scarsità di servizi e operatori nel territorio e internalizzazione delle equipe

In alcuni territori è emerso che la scarsità di personale nei servizi sanitari costituisce un altro ostacolo importante alla formazione delle equipe. A Napoli, gli operatori affermano che *"un'equipe con servizi esterni non è contemplata, non solo per mancanza di protocolli ma anche per mancanza di personale nelle Aziende Sanitarie Locali. Possiamo anche contattarli ma il beneficiario viene messo semplicemente in lista di attesa presso la Aziende Sanitarie Locali, non c'è un lavoro con l'equipe"*.

Per ovviare a tali difficoltà di costruzione di equipe in rete con altri settori legata a situazioni di assenza di servizi e operatori, in alcuni territori si è deciso di procedere al reclutamento, all'interno del servizio sociale, di figure specialistiche, specialmente educatori e psicologi, che diventano così equipe permanenti. I risultati del questionario³⁷ mostrano che il 72% dei rispondenti ritiene più semplice individuare figure specialistiche all'interno del proprio Comune, piuttosto che procedere al Quadro di Analisi e creare equipe con specialisti di altri servizi. Le interviste nei territori hanno confermato questa tendenza. In questi casi non viene creato affatto il Quadro di Analisi. Peculiare il caso di Perugia, in cui il servizio sociale tratta i casi complessi in equipe e discute collettivamente della rete di interventi da attivare nello specifico caso con i membri interni dell'equipe e con alcuni membri del Centro per l'Impiego. Tuttavia, queste operazioni non vengono registrate in GePI e non si arriva a compilare il Quadro di Analisi (cfr. Box 6). Per ovviare ad alcune di queste difficoltà, si suggerisce di facilitare il dialogo interistituzionale per favorire accordi che permettano la collaborazione inter-settoriale in equipe, laddove necessario.

³⁷ Cfr. Allegato I - Domanda 29

Box 6 – L'equipe permanente di Perugia

A Perugia è stata creata un'equipe permanente, che si riunisce settimanalmente per discutere di casi complessi proposti dai Case Manager. L'equipe si compone di due coordinatori, di cui un educatore, il case manager che presenta il caso e tre colleghi del CPI. Dal 2019, l'equipe a Perugia si è riunita circa 80 volte. All'equipe non partecipano professionisti del servizio sanitario o di altri servizi specialisti, a causa della mancata collaborazione inter-istituzionale.

La piattaforma GePI sottostima le equipe effettivamente attive a livello territoriale

a. Presenza di equipe preesistenti non riportate in GePI

In molti territori, i servizi sociali spiegano che la presa in carico dei beneficiari RdC procede seguendo gli stessi iter e strumenti metodologici usati per tutte le altre prese in carico comprese le equipe. Laddove esistono equipe precostituite, magari a seguito di legge regionali (Cfr. Box 7) o esiste un'organizzazione di rete, come a Firenze (Cfr. Box 8) i rapporti con gli operatori esterni procedono per vie informali (telefono, e-mail), e i membri delle equipe non vengono censiti in piattaforma, in quanto le equipe già costituite utilizzano strumenti propri per lavorare insieme, che non corrispondono necessariamente al Quadro di Analisi.

Box 7 – La Misura di Inclusione Attiva (M.I.A.) del Friuli-Venezia Giulia: le equipe territoriali sociale-lavoro e il rinforzo della condizionalità

Introdotta con la Legge regionale 15/2015, sperimentata per tre anni ed entrata in vigore con regolamento attuativo il 15 ottobre 2015, la Misura attiva di sostegno al reddito (MIA) era la misura regionale di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale del Friuli-Venezia Giulia, non più attivata dopo la conclusione del triennio di sperimentazione e a seguito dell'introduzione del Rel e poi RdC.

La MIA prevedeva un intervento monetario di integrazione al reddito dei cittadini residenti in Regione, della durata di 30 mesi, erogato nell'ambito di un percorso concordato con i servizi sociali dei Comuni e i Centri per l'impiego e finalizzato al superamento delle condizioni di difficoltà del nucleo beneficiario. Tra i requisiti per l'accesso al beneficio vi era la disponibilità, da parte di tutti i componenti maggiorenni del nucleo, all'adesione a un percorso concordato finalizzato a superare le condizioni di difficoltà del nucleo stesso e contenente gli obiettivi di inclusione sociale, occupabilità e riduzione del rischio di marginalità connessi all'intero nucleo familiare.

Questo Patto d'Inclusione veniva stipulato, in forma scritta, con i Servizi Sociali dei Comuni (SSC) a seguito della valutazione congiunta del bisogno del nucleo effettuata dai servizi sociali stessi, dai centri per l'impiego e dai centri per l'orientamento regionali riuniti in una Equipe Territoriale Occupabilità (ETO). La valutazione seguiva un apposito strumento, che consentiva di effettuare una prima profilatura dell'utenza analizzando le competenze trasversali della persona e ricavandone i punti di forza e di debolezza rispetto al successivo percorso di inclusione sociale e/o di inserimento lavorativo da inserire nel Patto. Ai fini dell'analisi oggetto di questa relazione, rilevano, dunque, due aspetti importanti. Primo, in molti territori della regione, è prassi consolidata quella di costituire gruppi di lavoro per approfondire in forma pluridisciplinare la storia formativa e lavorativa delle persone in carico ai servizi sociali e per individuare percorsi personalizzati a carattere inclusivo. Dal focus group condotto a Udine emerge infatti l'esistenza, nella gran parte dei territori della regione, di equipe di lavoro che coinvolgono i CPI e centri per l'orientamento (ma non i servizi sanitari), già precostituite sul territorio, che vengono attivate sul singolo caso. Secondo, oltre ad essere uno dei requisiti d'accesso alla Misura, l'attivazione dei beneficiari condizionava fortemente il beneficio stesso: la mancata stipula del Patto entro 60 giorni dalla data di prima erogazione della misura provocava la decadenza della MIA, mentre il mancato rispetto degli impegni comportava sanzioni di varia entità. Un ritorno al modello in cui i servizi sociali avevano un ruolo attivo rispetto all'erogazione del beneficio viene infatti visto positivamente dagli operatori regionali, soprattutto in presenza di risorse adeguate a rafforzare i servizi.

A Firenze ad esempio, il lavoro in equipe è una modalità organizzativa propria del territorio che procede senza la necessità di protocolli, in quanto esistono dei tavoli di concertazione e di programmazione condivisa, anche con il terzo settore, ma non si avverte la necessità di darne evidenza in GePI, essendo questo percepito come un puro adempimento burocratico: *"Per la maggior parte di noi è una questione organizzativa - l'equipe esiste nella pratica, si segue una metodologia, ma non la si traduce in GePI. Se ci sono equipe già esistenti o servizi già attivati, non serve crearne di nuovi. I beneficiari RdC sono trattati come tutte le altre famiglie, non ci sono equipe dedicate. GEPI è solo un adempimento amministrativo"* (Firenze).

Box 8 – Toscana: l'integrazione socio-sanitaria attraverso le Società della Salute (SdS)

Istituite nel 2008 (dalla l.r. 60, recante modifiche alla l.r. 40/2005), le Società della Salute (SdS) sono soggetti consortili dai Comuni di una stessa zona-distretto e dell'Azienda unità sanitaria locale (USL) territorialmente competente, per l'esercizio associato delle attività sanitarie territoriali, socio-sanitarie e sociali integrate. Ce ne sono attualmente 16 (mentre 12 zone distretto senza SdS operano sulla base di una Convenzione sociosanitaria fra tutti i Comuni della zona distretto e l'Azienda UsI di riferimento, di cui all'articolo 70 bis della L.R. 40/2005). I Piani Integrati di

Salute (PIS) rappresentano l'atto fondamentale con cui le SdS programmano e attuano gli obiettivi di salute e i percorsi assistenziali interpretati ed attuati sulle caratteristiche di ciascun territorio. Le SdS rappresentano una soluzione organizzativa dell'assistenza territoriale che sviluppa l'integrazione del sistema sanitario con quello socioassistenziale, con l'obiettivo di fornire una presa in carico integrata del bisogno e la continuità del percorso assistenziale. Tramite l'integrazione dei servizi e delle attività di Comuni e Aziende sanitarie, le SdS mirano a rappresentare l'interlocutore unico e la porta di accesso ai servizi territoriali attraverso il lavoro congiunto di operatori sanitari e sociali, del terzo settore e del volontariato, riuniti in una organizzazione unitaria. Durante il FG di Firenze, molti operatori hanno riferito che già prima dell'introduzione del RdC erano presenti ed operative sul territorio equipe di professionisti per la gestione dei casi con bisogni complessi, che operavano, appunto, nel quadro dell'integrazione socio-sanitaria sopra descritta. Le equipe risultano funzionanti al di là dell'esistenza o meno di protocolli formalizzati e la loro operatività dipende dell'assetto del singolo territorio per l'esercizio associato delle attività socio-sanitarie.

Anche a Bologna l'Equipe Territoriale Integrata prevista dalla legge 14 (cfr. Box 9) viene utilizzata per i casi RdC e ne viene data evidenza in GePI. Tuttavia, non vengono censiti gli operatori, bensì i responsabili identificati dal servizio sanitario: *"Sul GePI sono stati profilati i responsabili del servizio sanitario, ma non i singoli operatori, mentre è con gli operatori che avviene l'equipe, quindi, non si può parlare di equipe sul GePI. E allo stesso tempo non si può pensare di inserirli in GePI perché già per avere i riferimenti dei responsabili sono passati mesi, avere la profilazione dei singoli operatori è impossibile"*.

Box 9 - Emilia-Romagna: la legge regionale 14 e la presa in carico integrata

Nel 2015 la Regione Emilia-Romagna ha approvato la legge regionale n.14, che prevede che i diversi servizi presenti sul territorio – sociali, sanitari, del lavoro e della formazione – operino in modo integrato per consentire alle persone fragili di uscire dalla condizione di vulnerabilità, caratterizzata dalla mancanza di lavoro e dalla presenza di ulteriori problematiche di tipo sociale o sanitario, attraverso l'inserimento lavorativo e il raggiungimento dell'autonomia. Il modello di intervento definito dalla Legge prevede unicità di accesso. Accedendo a uno qualunque dei tre servizi, quindi, viene realizzata una valutazione multidimensionale che verifica la necessità di una presa in carico integrata tramite un unico strumento di profilazione e valutazione. Questa équipe multiprofessionale - costituita dagli operatori dei servizi per il lavoro, del sociale e della sanità – definisce, per ogni beneficiario, un programma personalizzato di interventi che combina azioni utili all'inserimento lavorativo e all'inclusione sociale e che viene riportato in un Patto di servizio sottoscritto dall'utente. Per realizzare le misure previste dal proprio percorso, l'utente è indirizzato dagli operatori verso uno dei soggetti competenti a livello territoriale incaricati di erogarle.

I percorsi di inclusione sociale previsti dalla legge 14/2015 per sostenere le persone fragili comprendono percorsi di formazione per il conseguimento di un certificato di competenze o di una qualifica professionale, formazione permanente e attività a supporto della partecipazione a percorsi formativi, tirocini e attività a supporto dei processi di apprendimento nei contesti lavorativi, orientamento specialistico, accompagnamento al lavoro e attività di sostegno alle persone nei contesti lavorativi. In particolare, sono stati inseriti interventi volti a facilitare l'incontro con il mondo del lavoro e, quindi, l'inserimento lavorativo e l'autonomia dei beneficiari. La legge 14/2015 ha introdotto infatti una nuova tipologia di tirocinio n- il tirocinio di orientamento, formazione e inserimento o reinserimento - finalizzato al rafforzamento dell'autonomia delle persone, alla loro riabilitazione e inclusione.

La prassi consolidata di intervento integrato spiega come, sul territorio regionale, siano riscontrabili pratiche di collaborazione fra i servizi strutturate attraverso equipe costituite in precedenza all'introduzione del RdC. Queste equipe sono attivate anche ai fini della presa in carico RdC nei casi in cui emerge la necessità di una presa in carico condivisa. A differenza di quanto merge in altri territori, quindi, gli ambiti (ad esempio, la città di Bologna) tendono ad utilizzare l'esito C in tutti i casi in cui è ritenuto necessario, senza forzare l'esito dell'Analisi Preliminare per arrivare al Patto semplificato. Le pratiche di collaborazione introdotte dalla l.r.14/2015 sono state utilizzate nel quadro del Reddito di Solidarietà Regionale (RES) introdotto con la legge n.24 del 19 dicembre 20162, attivo dal settembre 2017 come misura regionale alternativa e/o integrativa a quella nazionale (prima SIA e poi REI). La misura regionale si è conclusa con l'entrata in vigore, a decorrere dal 1° marzo 2019, del RdC.

b. Difficoltà a censire i membri delle equipe in GePI

Un altro elemento di difficoltà nella formalizzazione delle equipe è legato alla necessità di censire i membri delle equipe in piattaforma GePI, includendo il codice fiscale degli operatori.

Gli assistenti sociali spesso si scontrano con la reticenza o il rifiuto degli operatori a fornire i propri codici fiscali da inserire in GePI. Durante i focus group gli operatori hanno ripetutamente richiesto di togliere l'obbligo di inserimento del codice fiscale, o di poter dare l'accesso al GePI ai membri dell'equipe. Se infatti l'obbligo di registrazione fosse accompagnato dall'accesso alla piattaforma GePI da parte degli operatori esterni, attualmente non consentito, si potrebbero creare incentivi alla registrazione da parte di altre figure professionali nell'equipe. Per evitare di sottostimarne il lavoro di equipe e la pluralità dei bisogni complessi dei beneficiari RdC, si consiglia di consentire la presa in carico di famiglie con bisogni complessi anche senza l'uso obbligatorio del quadro di analisi. Inoltre, si potrebbe pensare di poter dare evidenza del lavoro di equipe anche senza che questo venga necessariamente collegato all'uso dello strumento del Quadro di Analisi.

Il Quadro di Analisi è considerato troppo complesso e i tempi per utilizzarlo troppo lunghi

Tra chi afferma di non usare il Quadro di Analisi, c'è anche chi non lo imputa alla difficoltà di creare le equipe, quanto piuttosto alla rigidità e complessità dello strumento in sé, considerato poco flessibile e troppo ripetitivo, con la necessità di essere compilato in ogni sua parte³⁸. Nel questionario online, infatti, il 72% dei rispondenti si dice totalmente o parzialmente d'accordo sul fatto che le domande proposte nel Quadro di Analisi duplichino le domande dell'Analisi Preliminare³⁹ e nei focus group emerge anche come ripetitivo del Patto per l'inclusione sociale.

Figura 17: Una parte della scheda del Quadro di Analisi dalle linee guida

³⁸ Il quadro di analisi è pensato come strumento di lavoro specifico per il lavoro di equipe. Ha come unità di analisi sia la famiglia nel suo complesso sia i singoli componenti adulti del nucleo. Per ogni area sono individuate dimensioni e sottodimensioni, sintetizzate in un 'Descrittore sintetico' che rappresenta: 1) la valutazione della intensità del bisogno relativo alla singola sottodimensione, lungo una scala rappresentata dalle lettere da a) a f) che indicano le situazioni di debolezza e quindi di bisogno o di forze/risorse a disposizione del nucleo; 2) un'indicazione sintetica, sempre per ogni sottodimensione, sulla eventuale necessità di coinvolgimento di altri servizi: situazione già conosciuta dai servizi (Conosciuto); situazione da evidenziare ad altro servizio per l'opportuna presa in carico (Evidenziare). Inoltre, va indicato se rappresenta una priorità su cui intervenire (Priorità). *Conosciuto* e da *Evidenziare* sono alternativi fra loro, mentre *Priorità* non è alternativo alle altre due. Il Quadro di analisi richiede di essere compilato in ogni sua sezione e per ogni componente, ad esempio, anche la situazione lavorativa del minore senza poterla saltare o a dover compilare il quadro di analisi anche per quei membri del nucleo familiare che non richiedono necessariamente un'analisi approfondita dei bisogni singola.

³⁹ Cfr. domanda 23 – allegato I

Figura 18: Una parte della scheda del Quadro di Analisi sul GePI

1. SITUAZIONE ECONOMICA (Pre. Ass. 2, 3.2)

Negli ultimi 12 mesi ci sono stati momenti/periodi in cui la tua famiglia non aveva soldi per:

1. Comprare il cibo necessario

A. Condizione economica *

Bisogno: 5 / 6

Non è una priorità

HA Da evidenziare ad altro servizio

B. Capacità di gestione del budget e di risparmio *

Bisogno: 4 / 6

Non è una priorità

HA Non applicabile

2. CONDIZIONE ABITATIVA (Pre. Ass. 3.5)

A. Condizione abitativa interna all'abitazione e esterna (nella zona di residenza) *

Bisogno: 4 / 6

È una priorità su cui intervenire/progettare

HA Da evidenziare ad altro servizio

Città/micro area di alloggio:
1. Nessuna particolare criticità

3. BISOGNI DI CURA E CARICO DI ASSISTENZA (Pre. Ass. 3.1)

B. Cura di familiari (nel nucleo e fuori del nucleo) *

Bisogno: 1 / 6

È una priorità su cui intervenire/progettare

HA Già conosciuto, oggetto di presa in carico

Sono presenti in famiglia componenti maggiormente con:
1. Nessuna particolare criticità

5. RETI FAMILIARI, DI PROSSIMITÀ E SOCIALI (Pre. Ass. 3.6)

A. Risorse familiari e relazioni di parentela, con i membri della famiglia ristretta, della famiglia allargata, nelle p...

Bisogno: 3 / 6

Non è una priorità

Reti familiari e sociali

La necessità di dover obbligatoriamente compilare il Quadro di Analisi per ogni componente del nucleo familiare e per ciascuno di dover inserire tutte le informazioni richieste è una delle principali rigidità segnalate, soprattutto nei casi di nuclei familiari numerosi. Ad esempio, i case manager si trovavano a dover compilare le informazioni sulla situazione lavorativa anche dei minori: non si sa che informazioni inserire ma senza compilare ogni sezione non si può chiudere il Quadro di Analisi (cfr. Sezione finale GePI): *“Capita in un nucleo di 7-8 persone di avere la necessità di lavorare soltanto su 1 o 2 componenti, non servirebbe lavorare su tutti, così come non servirebbe inserire informazioni sulla situazione lavorativa del minore, ad esempio. Occorre snellire questa procedura” (Napoli)*. Si suggerisce di semplificare la procedura, rendendo non obbligatoria la compilazione del Quadro di analisi in ogni sua parte potrebbe semplificare il processo. Le ripetizioni puramente tecniche sono già state prese in carico dal team di sviluppo GePI per



agevolare il lavoro dei case manager (cfr. Sezione III - GePI- miglioramento e semplificazione della piattaforma).

Il problema è anche collegato ai carichi di lavoro che determinano una difficoltà pratica a compilare lo strumento. A Napoli una case manager spiega che il problema è molto collegato al carico di lavoro, quindi ad un'impossibilità di applicazione pratica, dello strumento, nonostante l'apprezzamento della metodologia: *"Inizialmente usavo molto il Quadro di Analisi, facevamo le call in equipe ed era anche molto interessante e utile, soprattutto per i casi complessi. Oggi con questi numeri per noi è impossibile passare tanto tempo sul Quadro di Analisi. Le problematiche ci sono, e ne teniamo conto, ma per questione di tempo ci troviamo a non riportarle sul GePI".* Questa problematica è stata riportata anche da altri territori, dove alcuni assistenti sociali hanno dichiarato di impiegare anche un'intera giornata di lavoro nella compilazione del Quadro di Analisi, cosa che ne scoraggia fortemente l'utilizzo. *"L'approfondimento dei bisogni dell'utenza è comunque parte della nostra metodologia di lavoro ma impieghiamo una giornata intera per compilare la scheda di Quadro di Analisi per ogni membro della famiglia. Quindi io prendo i miei appunti e ne tengo conto in fase di progettazione, ma per trascriverli sul GePI ci vorrebbe una giornata, tempo che non ho (Roma)."*

Quadro di Analisi ed Equipe Multidisciplinari

Punti di Forza

- Strumento utile per l'approfondimento di aree di bisogno in casi molto complessi
- Utilizzo di pratiche di confronto interprofessionali sui casi complessi, anche se non sempre come equipe formalizzate o anche composte solo da professionisti interni che consentono una presa in carico capace di tenere conto delle situazioni multiproblematiche dei beneficiari

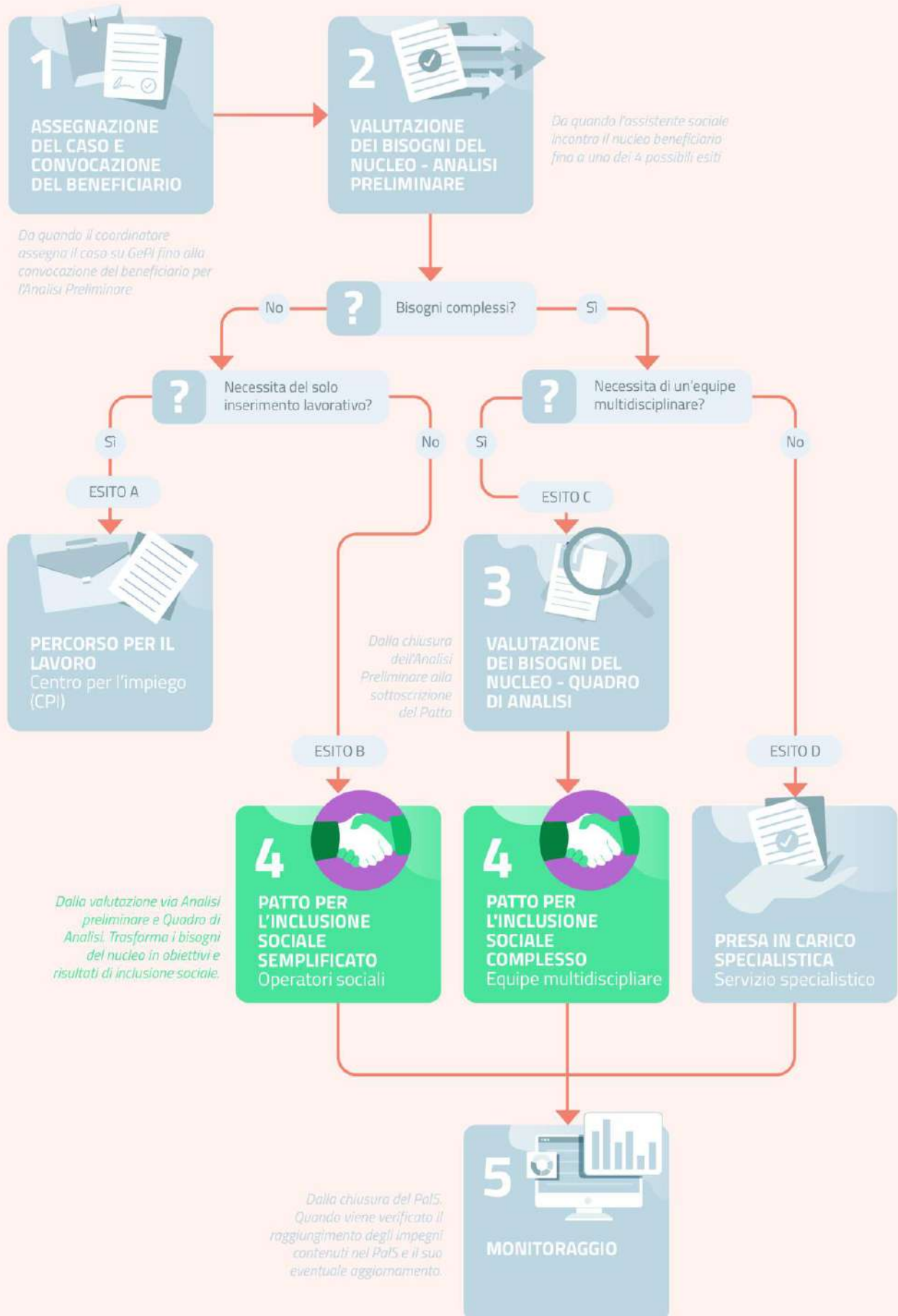
Punti di Debolezza

- L'uso dello strumento del Quadro di Analisi è limitato alla modalità di lavoro in equipe, modalità non sempre applicabile nei territori a causa di una pluralità di problematiche
- Il Quadro di Analisi è strutturato in maniera complessa, rigida e richiede molto tempo per essere compilato. Il numero alto di beneficiari RdC e il carico di lavoro degli assistenti sociali sulla misura RdC non ne consentono l'uso appropriato.

Opportunità di miglioramento

- Si suggerisce di consentire la presa in carico di famiglie con bisogni complessi anche senza l'uso obbligatorio del Quadro di Analisi e di scollegare l'uso di tale strumento dalla metodologia di lavoro in equipe multidisciplinare, al fine di tenere traccia delle prese in carico complesse anche in caso di mancato utilizzo del Quadro di Analisi.
- Si suggerisce di facilitare il dialogo interistituzionale per favorire accordi che permettano la collaborazione inter-settoriale in equipe, laddove necessario.

Patto per l'Inclusione Sociale



Il Patto per l'Inclusione Sociale

Prende avvio dalla valutazione compiuta attraverso l'Analisi Preliminare - e nel caso di rilevazione di bisogni complessi dal Quadro di Analisi - e descrive le azioni attraverso le quali i bisogni vengono trasformati in obiettivi e risultati di inclusione sociale.

Il percorso d'inclusione sociale procede rapidamente con la sottoscrizione del Patto per oltre due terzi dei nuclei beneficiari tenuti alla firma. Il Patto rappresenta un importante momento di progettualità e viene svolto in tempi brevi in seguito all'Analisi Preliminare

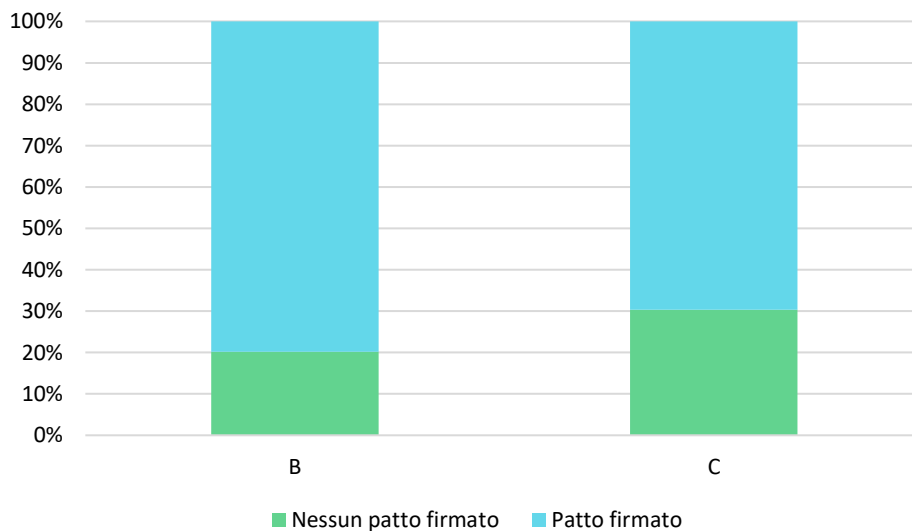
Dai dati amministrativi emerge che, a seguito di Analisi Preliminare, la firma del Patto avviene in tempi relativamente brevi. In quasi nessun caso, quando si giunge alla sottoscrizione del Patto, viene superato il termine di 20 giorni a conclusione dell'Analisi Preliminare previsto dalla normativa (con una media a livello nazionale di 14 giorni per l'anno 2022). Risulta altresì da tali dati che tra le Analisi Preliminari completate con esito B o C, il 75% dei nuclei in media completa anche la firma del Patto. Il dato è nel complesso positivo, ma la mancata sottoscrizione del Patto ha conseguenze per i nuclei beneficiari in quanto può portare alla sospensione dell'erogazione del beneficio.

Il dato amministrativo è stato in larga misura confermato anche nei focus group svolti. È emerso che in alcuni casi la firma del Patto avviene in maniera immediata, a seguito di Analisi Preliminare, soprattutto laddove non emergano bisogni complessi. È segnalato, in alcuni casi, che la sottoscrizione del Patto da tutti i componenti maggiorenni del nucleo possa rappresentare un motivo di rallentamento, specialmente nei casi in cui non tutti i componenti del nucleo siano coinvolti nel processo di presa in carico allo stesso modo e per i quali sono richiesti molteplici incontri e maggiore tempo per definire un progetto adeguato e condiviso. In altri casi (spesso quelli più complessi, ad esempio quando vi sono criticità psichiatriche) il beneficiario si rende irreperibile. *"Non riesco più a rintracciarlo, ma non voglio segnalarlo perché perderebbe l'unica cosa che ha"* (Perugia).

Figura 19 – Tempistiche di firma del Patto



Figura 20 – Percentuale di Patti firmati su Analisi Preliminari completate con esito B o C



Gli strumenti del Patto vengono considerati una buona base per definire obiettivi e risultati attesi, ma si riscontra difficoltà nell'individuazione di impegni e sostegni che possano concretizzare gli obiettivi individuati

Dai dati amministrativi emerge che vengono selezionati un numero limitato di obiettivi e impegni. Tra le opzioni vengono selezionate principalmente obiettivi generici, quando attengono all'inclusione sociale del nucleo, e molto più specifici quando si riferiscono all'area lavorativa, e

comunque non più di due obiettivi per Patto in media. Agli obiettivi selezionati seguono pochi impegni, in media non più di uno o due impegni per Patto. Gli impegni che risultano inseriti con più frequenza sono quelli relativi ai contatti frequenti con il servizio, alla partecipazione ai Progetti Utili alla Collettività (PUC) e agli atti di ricerca attiva del lavoro.

Figura 21 - Percentuale di obiettivi selezionati nei Patti

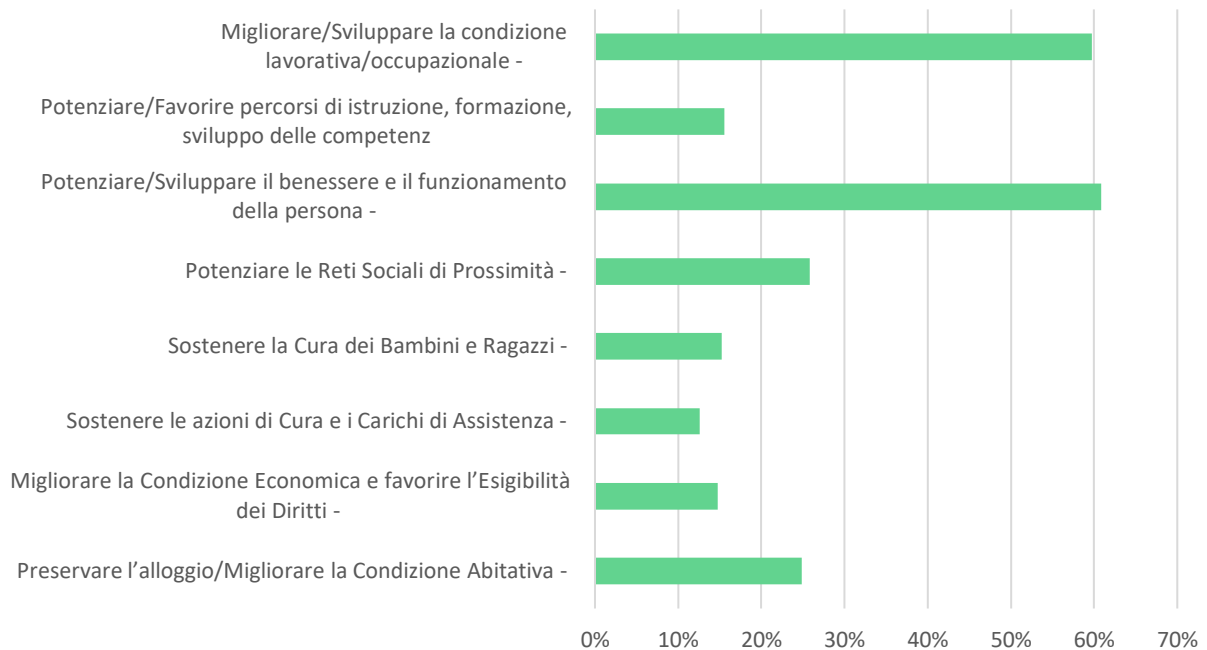
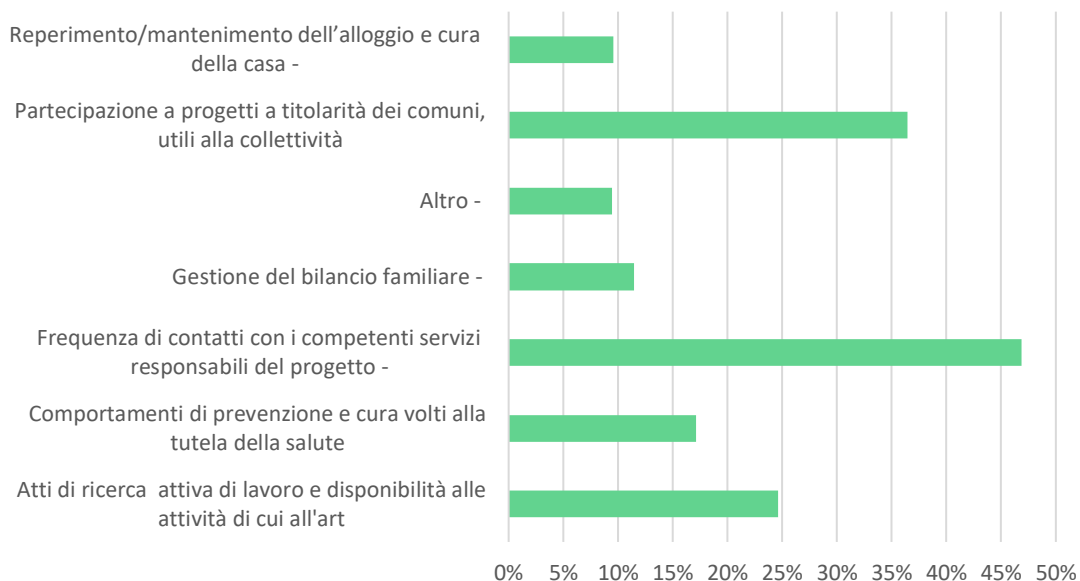


Figura 22 - Percentuale di Impegni selezionati nei Patti



Dal questionario è emersa una percezione alquanto positiva degli obiettivi e degli strumenti definiti dalle Linee Guida (come riportati in GePI). Gli obiettivi, infatti, vengono considerati una buona base per definire i risultati attesi dal 78%⁴⁰ dei partecipanti al questionario e il 77% ritiene che gli strumenti servano a predisporre impegni che il beneficiario possa assumere in vista della realizzazione dei risultati attesi.⁴¹

Nei focus group, tuttavia, sebbene tale apprezzamento delle componenti del Patto venga generalmente confermato, è emersa una certa complessità nella definizione di obiettivi, impegni e risultati concreti che rallenta e, in alcuni casi, limita, il lavoro degli operatori nella definizione di un Patto personalizzato.

La difficoltà può nascere a monte dalla struttura molto articolata dei vari elementi del Patto (obiettivi, impegni, risultati, sostegni) per i quali non è presente un'immediata relazione con i bisogni identificati in sede di valutazione multidimensionale. Inoltre, i singoli elementi del Patto presentano categorie selezionabili alle volte molto generiche e per le quali manca una chiara area di intervento, oppure specifici per una singola area. Gli operatori, dunque, potrebbero preferire limitarsi alla selezione degli obiettivi e impegni più generici ma rilevanti nel percorso di inclusione del nucleo, che permettono flessibilità sia per loro stessi sia per i beneficiari e che sono effettivamente realizzabili dati i servizi previsti nel territorio.

La non immediata relazione tra bisogni identificati e obiettivi inclusi nei Patti emerge dalle prime analisi dei dati amministrativi sui Patti. Nella figura 23 vediamo come per tutte le aree tematiche, meno della metà dei Patti hanno una diretta relazione tra gli obiettivi selezionati e i bisogni individuati nell'Analisi Preliminare. Nello specifico, per ogni area degli obiettivi viene calcolata la percentuale di Patti con almeno un bisogno selezionato in quella stessa area. Ad esempio, il 54% dei Patti che includono obiettivi relativi all'area "cura, salute, funzionamento degli adulti" include almeno un bisogno registrato nell'analisi preliminare nell'area "Bisogni di cura, salute e funzionamenti degli adulti del nucleo". La corrispondenza tra obiettivi e bisogni si riduce all'aumentare della specificità degli obiettivi inclusi nel Patto, ma potrebbe esserci una sottostima della relazione tra obiettivi e bisogni a causa della mancata registrazione dei bisogni delle famiglie nella scheda dell'Analisi Preliminare da parte dei case manager, come evidenziato nella sezione sull'Analisi Preliminare.

⁴⁰ Cfr. Allegato I – domanda 32 questionario

⁴¹ Cfr. Allegato I – domanda 33 questionario

Figura 23 – Percentuale di Patti con bisogni e obiettivi selezionati nella stessa area tematica



Per supportare gli operatori nel migliorare la coerenza interna al Patto nella definizione degli obiettivi da raggiungere sarebbe utile, dunque, fornire una mappatura tematica degli obiettivi che sia coerente con i bisogni selezionati durante l'Analisi Preliminare. La Figura 24 rappresenta la mappatura dei bisogni (definiti in fase di Analisi Preliminare), obiettivi, impegni e sostegni (definiti tramite il Patto) in macroaree tematiche utilizzata per le analisi. Le corrispondenze tra le componenti sono una prima proposta da approfondire, e sono state effettuate a partire dalle macrocategorie di bisogni dell'Analisi Preliminare - inserendo i bisogni di cura, salute e funzionamento degli adulti in un'unica area, e separando l'area adulti da quella minori - e affiancandone gli obiettivi e impegni che, in via teorica, richiamano le stesse aree di intervento. Gli impegni, in particolare sono stati collegati guardando alla coerenza con i risultati specifici del corrispondente obiettivo

Figura 24 – Mappatura teorica bisogni, obiettivi, impegni e sostegni utilizzata per le analisi

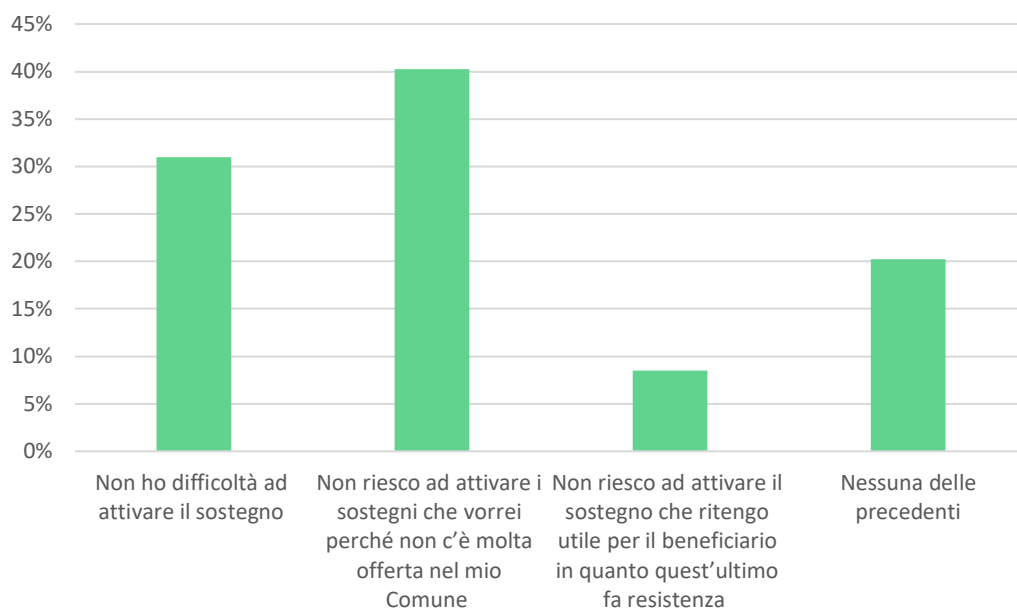
| Bisogni | Obiettivi | Impegni | Sostegni |
|---|--|--|--|
| Bisogni di cura, salute, funzionamento degli adulti | <ul style="list-style-type: none"> Sostenere le azioni di cura e i carichi di assistenza; Potenziare e sviluppare il benessere e funzionamento della persona | <ul style="list-style-type: none"> Comportamenti di prevenzione e cura, individuate da prof. sanitari Cura dei bisogni di assistenziali di familiari adulti Potenziamento dell'autonomia personale Contatti con AS | <ul style="list-style-type: none"> Terzo settore 147 [3]; 4); 6]] Trasf. in denaro Sanitarie e sociosan. Povertà estreme Interventi D.Lgs. |
| Situazione economica | <ul style="list-style-type: none"> Migliorare la condizione economica e favorire l'esigibilità dei diritti | <ul style="list-style-type: none"> Gestione del bilancio familiare | <ul style="list-style-type: none"> Terzo settore Trasf. in denaro Scolast. ed educ. Area abitativa |
| Lavoro e formazione | <ul style="list-style-type: none"> Migliorare/sviluppare la condizione lavorativa/occupazionale Potenziare/favorire percorsi di istruzione, formazione sviluppo delle competenze | <ul style="list-style-type: none"> Atti di ricerca di lavoro | <ul style="list-style-type: none"> Terzo settore Trasf. in denaro Scolast. ed educ. Formazione Politiche del lavoro Interventi D.Lgs. 147 [1], 5]] Interventi D.Lgs. 147 [2], 5]] Altri interventi |
| Educazione, salute e cura dei minori | <ul style="list-style-type: none"> Sostenere la cura di bambini e ragazzi | <ul style="list-style-type: none"> Frequenza e impegno scolastico Cura di bisogni cognitivi, di affetto, sicurezza, stabilità, autonomia e socializz. dei minorenni | <ul style="list-style-type: none"> Terzo settore Trasf. in denaro Politiche del lavoro Scolast. ed educ. Formazione Sanitarie e sociosan. Interventi D.Lgs. 147 [2], 3]] Altri interventi |
| Condizione abitativa | <ul style="list-style-type: none"> Preservare l'alloggio/Migliorare la condizione abitativa | <ul style="list-style-type: none"> Reperimento/mantenimento dell'alloggio e cura della casa | <ul style="list-style-type: none"> Terzo settore Trasf. in denaro Sanitarie e sociosan. Povertà estreme Area abitativa Interventi D.Lgs. 147 [3], 6]] Altri interventi |
| Reti familiari e sociali | <ul style="list-style-type: none"> Potenziare le reti sociali di prossimità | <ul style="list-style-type: none"> Cura delle relazioni parentali e sociali Partecipazione ai PUC | <ul style="list-style-type: none"> Terzo settore 5]] D.Lgs. 147 [2]; 4), Altri interventi |

La corrispondenza con i sostegni è stata effettuata, invece, seguendo la mappatura prevista dalle linee guida. A tal proposito, sarebbe necessaria una distinzione più chiara tra i sostegni come tipologia di interventi, e l'ente responsabile del servizio. Al momento, ad esempio, la macroarea "Attività in collaborazione con il Terzo Settore", che rappresenta di per sé un fornitore di servizi alternativo, viene inclusa nella lista di servizi alla pari di altre aree di intervento. Questo potrebbe rappresentare un ulteriore elemento di complicazione nel tradurre obiettivi e risultati in concreti interventi di sostegno.

Ad oggi solo il 23% dei Patti completati ha sostegni assegnati, molti dei quali vengono esplicitati sottoforma di note e non trovano riscontro nelle categorie fornite agli operatori tramite piattaforma GePI.

Gli operatori hanno difficoltà nel definire e attivare efficacemente i sostegni, per mancanza di offerta di servizi o di informazioni standardizzate sull'offerta disponibile sul territorio (catalogo)

Figura 25 – Percezione degli operatori su attivazione dei sostegni nel proprio territorio



Per quanto concerne l'individuazione dei servizi da attivare, come anticipato, dai dati amministrativi emerge che il 77% dei Patti non contiene alcun sostegno. Il Patto risulta dunque "vuoto", privo di quei sostegni che possano seguire agli obiettivi inseriti, e limitando la possibilità di conseguire i risultati previsti ai soli impegni che non prevedono, per il nucleo beneficiario, servizi di accompagnamento per il nucleo beneficiario in aggiunta al servizio sociale. Inoltre, la mancanza di sostegni realmente attivabili rischia di compromettere il raggiungimento dei livelli essenziali: nel caso di assenza di sostegni alla genitorialità per le famiglie con minori sotto i tre anni, ad esempio, non viene soddisfatto il relativo LEPS previsto dal Piano di Lotta alla Povertà. Anche dal questionario si rileva la difficoltà degli operatori di molti territori nell'attivazione effettiva dei sostegni. A fronte di un 30% dei partecipanti che dichiara di non avere difficoltà nell'attivare i sostegni, il 40% dichiara di dover far fronte alla scarsità di servizi presenti sul proprio territorio (in Basilicata e Calabria questo dato supera il 60%). In alcuni territori è emerso che non vengono inseriti nei Patti sostegni o obiettivi non attivabili, oppure che il sostegno spesso consista nel mero contatto con i servizi. Questo emerge in maniera chiara anche nel questionario, i cui risultati

mostrano che i sostegni afferenti all'area abitativa, in particolare, rappresentano un punto critico su tutto il territorio nazionale.

L'uso dei fondi disponibili potrebbe essere reso più flessibile per ampliare la possibilità di attivare sostegni a livello locale

Durante i focus group con i direttori/coordinatori del servizio, è emersa spesso la richiesta di maggiore flessibilità nell'utilizzo delle risorse disponibili - in primis, la Quota Servizi del Fondo Povertà, dedicata al rafforzamento dei servizi destinati ai beneficiari del RdC. A tal proposito, ad esempio, a Roma gli assistenti sociali intervenuti nel corso del focus group ritengono che i fondi disponibili siano in buona parte utilizzabili solo per i minori 0-3 anni.⁴² L'allentamento dei vincoli di spesa e/o l'ampliamento della platea dei destinatari dei servizi attivabili faciliterebbero la capacità dei territori di spendere le risorse esistenti attraverso l'attivazione di un numero maggiore di sostegni. Analogamente, per facilitare l'utilizzo delle risorse appositamente dedicate alla creazione di sostegni, si potrebbe prevedere la possibilità, per gli operatori, di segnalare la mancanza dei servizi necessari al completamento del percorso di inclusione. L'inserimento di questa opzione potrebbe, infatti, agevolare la raccolta di informazioni utili alla formulazione di una programmazione più attenta a livello regionale e di Ambito e, quindi, aiutare a integrare l'offerta di servizi territoriali. *"Se io so che manca il servizio sul territorio, io apro un Patto, ma poi cosa offro alla famiglia?" (Napoli).*

Inoltre, anche laddove i servizi esistano, non è sempre facile avere una piena conoscenza dell'offerta sul territorio. Dai focus group emerge come, in molti casi, si riesca ad ottemperare alla mancanza di informazioni facilmente consultabili grazie ad un notevole lavoro sul territorio da parte dei servizi sociali, soprattutto laddove esista un tessuto forte di relazioni intra - ed extra-istituzionali (notevole è il caso della Toscana, dove forte enfasi è stata posta sul concetto chiave di comunità, che nei fatti si traduce in co-progettazione, così come quello del Veneto, dove è stata data enfasi al lavoro di rete nel contesto del RIA)⁴³. Alcune realtà, come il Friuli, si sono dotati di piattaforme informatiche a livello di comune o di Ambito che permettono una visione abbastanza completa dell'offerta sul territorio, e in generale gli Ambiti Territoriali Sociali del Friuli intervenuti nel focus group hanno riferito di disporre di un catalogo strutturato intorno ad aree di intervento (adulti, anziani etc.) e con contatti amministrativi di riferimento. In alcuni casi sono anche

⁴² Pur nella consapevolezza degli operatori che i sostegni per i minori 0-3 rappresentano un LEPS, come citato poc'anzi, è stata lamentata scarsa flessibilità nell'utilizzo di fondi per la creazione di ulteriori servizi a sostegno di altre categorie fragili.

⁴³ Approfondimento – Box Veneto

pubblicizzati sul sito del Comune tutti i servizi disponibili sul territorio e la mappatura delle cooperative che collaborano con il Comune. In altri casi, tuttavia, la mancanza di un catalogo standardizzato o di una mappatura dell'offerta di soggetti ed interventi attivabili a livello territoriale rende complesso il reperimento di informazioni adeguate e dunque può compromettere un'efficace presa in carico.

In molti territori è stata accolta con grande favore l'introduzione di un catalogo nazionale dei servizi, che vada oltre il Sistema Informativo Unitario dei Servizi Sociali (SIUSS)⁴⁴ e che sia compilabile su più livelli, ossia regionale, di Ambito e comunale, fatti salvi i rischi che ne possono derivare, su tutti il mancato aggiornamento.

Anche quando i sostegni vengono individuati, la gestione del rapporto tra servizi risulta complessa se non preesiste un rapporto consolidato con il servizio sociale

Il panorama derivante dai focus group è articolato, a fronte di strumenti di raccordo tra servizi che variano dalla presenza di accordi e protocolli, tavoli di co-progettazione e/o attivazione della rete, fino a modalità informali di contatto in un contesto prevalente di relazioni personali. La solidità della relazione, anche informale, con gli operatori degli altri servizi rappresenta un tema fondamentale per i partecipanti al focus group, e viene considerato una componente essenziale del lavoro degli assistenti sociali; ad ogni modo, la presenza di un protocollo o quantomeno di un accordo preesistente risulta generalmente accolta con favore dagli operatori, facilitando il loro lavoro nella creazione di progettualità condivise.

Sono emerse con chiarezza, invece, le difficoltà, già presenti in fase di valutazione multidimensionale tramite le equipe multidisciplinari, nell'operare nel quadro di un'efficace integrazione sociosanitaria, che si riflettono a cascata nella creazione del Patto. La collaborazione con i servizi sanitari locali risulta un punto critico comune a tutti i territori in cui si sono svolti i focus group.

L'efficacia di un'effettiva integrazione sociosanitaria-lavorativa è influenzata dalla varietà di strutture organizzative dei servizi sociali a livello di Ambito

Il rapporto tra servizi sociali e Centri per l'Impiego/servizi sanitari, elemento cruciale per definire le progettualità del Patto, assume sfumature diverse a seconda dei territori:

⁴⁴ Per ulteriori informazioni si rimanda al sito del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali – SIUSS <https://www.lavoro.gov.it/strumenti-e-servizi/Sistema-informativo-servizi-sociali/Pagine/default.aspx>

- a) **In Toscana sono state create strutture quali le “Società della Salute”** che hanno l’obiettivo di integrare le attività sanitarie, sociosanitarie e sociali a livello locale, svolgendo al contempo il ruolo di Segretariato Sociale/punto unico di accesso.⁴⁵
- b) **In Emilia-Romagna tale integrazione gode di una cornice regionale consolidata dal 2015 (c.d. Legge Regionale 14)**, che prevede per l’utente un punto di accesso unico tramite uno qualsiasi dei servizi coinvolti (lavoro-sociale-sanitario) del suo Distretto, così da garantire una valutazione multidimensionale e la conseguente presa in carico integrata.⁴⁶
- c) **Nel caso del Friuli, chiunque riceva un’ulteriore borsa/sostegno rispetto a RdC (es. Borsa Lavoro) viene segnalato ad un servizio di secondo livello**, per la migliore attivazione della persona, a seguito di una valutazione complessiva sulle proprie possibilità lavorative, ma anche per monitoraggio economico (tutoraggio economico, volto all’educazione finanziaria). Il coordinamento avviene tramite l’Equipe Territoriale Occupabilità, che coinvolge, oltre ai servizi sociali dei Comuni, anche i Centri per l’Impiego e i Centri per l’Orientamento regionali, secondo una modalità già collaudata durante la sperimentazione sulla Misura di Inclusione Attiva (M.I.A.) regionale.⁴⁷
- d) **A Perugia, è stata creata un’equipe permanente, che si riunisce settimanalmente per discutere di casi complessi proposti dai case manager**. L’equipe si compone di due coordinatori, il case manager che presenta il caso e tre colleghi del CPI. Rimane critico il coinvolgimento di membri temporanei dell’equipe pertinenti ad altri servizi, soprattutto quelli sanitari, in assenza di un passaggio formale (protocolli, accordi tra enti) e in mancanza di un’adeguata conoscenza del funzionamento della presa in carico sociale.⁴⁸

I servizi sociali quindi, seppur con vari esiti, hanno consolidato spesso buoni rapporti con il Centro per l’Impiego (es. Tirocini di Inclusione Sociale, o esperienze dei cantieri di lavoro come quelli friulani), anche grazie ad apposite risorse previste nell’attuazione della misura. Per contro, con l’eccezione rilevante dell’Emilia-Romagna, anche modelli consolidati di raccordo e coordinamento (come quello dell’Equipe Permanente a Perugia) faticano a raggiungere livelli di vera e propria integrazione con il sanitario (che, oltretutto, non è stato altrettanto “ingaggiato” dal punto di vista finanziario).

⁴⁵ Cfr. Approfondimento - Toscana

⁴⁶ Cfr. Approfondimento – Emilia-Romagna

⁴⁷ Cfr. Approfondimento – Friuli-Venezia Giulia

⁴⁸ Cfr. Approfondimento – Perugia

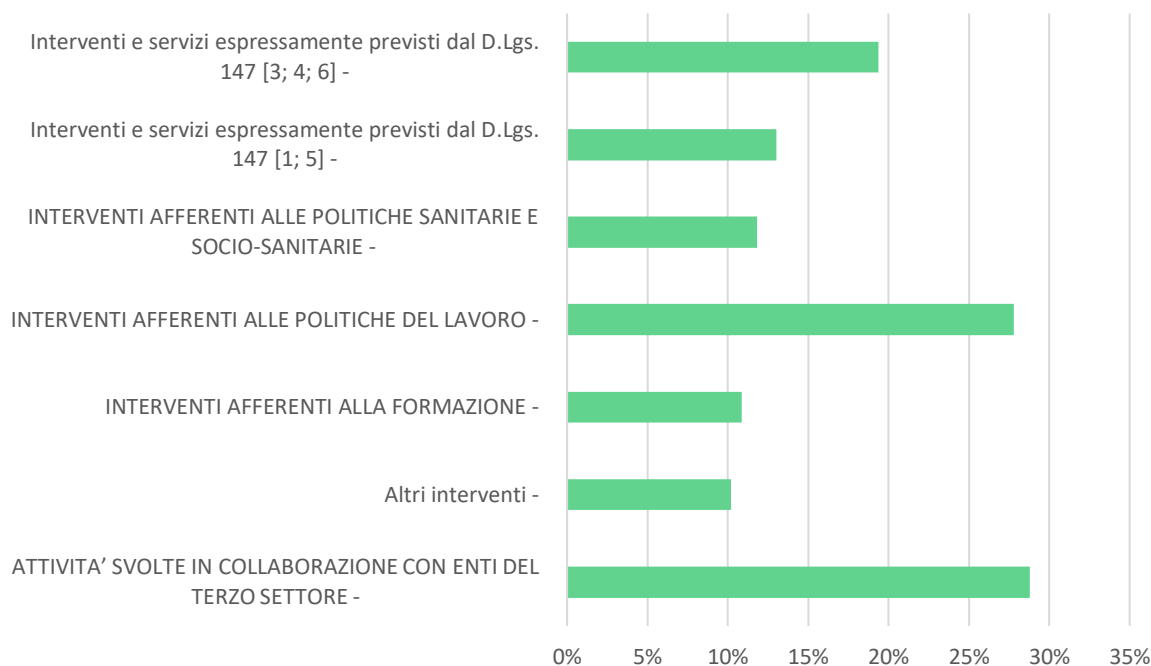
Emerge dunque l'opportunità di favorire ulteriori investimenti nel rafforzamento dei servizi sanitari, idealmente condizionando il trasferimento dei fondi al raggiungimento di standard minimi di qualità. Si noti bene, tuttavia, che l'uso efficace delle risorse non può prescindere da adeguati strumenti di coordinamento (protocolli, linee guida, accordi quadro a livello nazionale, che possano essere facilmente implementabili a livello regionale), che evitino duplicazioni nelle responsabilità o piuttosto vuoti nella gestione della presa in carico.

Il Terzo Settore non viene spesso percepito come un attore fondamentale nella costruzione del patto, con alcune rilevanti eccezioni territoriali e nonostante spesso fornisca le uniche alternative disponibili per l'attivazione di sostegni

Dai dati amministrativi, risulta che le attività svolte in collaborazione con il Terzo Settore vengano inserite in quasi il 30% dei patti avviati che includono sostegni (che corrispondono al 23% del totale dei patti sottoscritti). Il dato risente di forti differenze a livello regionale e nelle grandi città, dove questo dato raggiunge rispettivamente quasi il 50% e il 40% dei patti avviati con sostegni. Stante il 77% di Patti in cui non vengono inclusi sostegni e non viene quindi coinvolto nemmeno il Terzo Settore, emerge comunque la tendenza ad appoggiarsi ad enti non pubblici per colmare i vuoti lasciati nell'organizzazione a livello locale, quando l'assistente sociale si impegna ad attivare un sostegno per la famiglia. Il dato viene confermato dalla maggior parte degli operatori che hanno risposto al questionario, che dichiarano che gli Enti del Terzo Settore vengono solo qualche volta coinvolti nelle progettualità del Patto con alcune rilevanti eccezioni territoriali (tra cui spicca la Toscana, ma anche Emilia-Romagna e Puglia)⁴⁹.

⁴⁹ Cfr. Allegato I – domanda 34 questionario

Figura 26– Percentuale di Sostegni selezionati nei Patti



Nei focus group, in linea con quanto emerso dai dati amministrativi, è emerso come anche in territori come il Veneto il Terzo Settore abbia un ruolo essenziale nella predisposizione dei Progetti Utili alla Collettività e degli interventi previsti dalle misure regionali, ad esempio⁵⁰. In altri, come a Napoli, gli assistenti sociali hanno riportato come associazioni di volontariato e parrocchie rappresentano presidi di comunità pressoché unici nel loro genere (seppur in assenza di mappature sistematiche di tali servizi). A Roma, all'opposto, è emerso che la collaborazione con gli Enti del Terzo Settore è "quasi inesistente". A tal proposito, potrebbe essere opportuno ingaggiare anche il Terzo Settore con apposite risorse, che possa andare a supportare i servizi secondo principi di sussidiarietà orizzontale.

Da questo punto di vista, fare leva sulle buone pratiche esistenti a livello locale, anche in termini di rete, è cruciale per creare sinergie che favoriscano l'attivazione sociale del nucleo.

Il Patto è un contenitore di progettualità, spesso antecedenti all'introduzione dell'RdC (per i nuclei già presi in carico). Molto di questo, tuttavia, non viene valorizzato in piattaforma

Gli operatori utilizzano il Patto su GePI per inserire progettualità di vario tipo (anche quando avvengono in equipe), spesso preesistenti, laddove il beneficiario risultasse già preso in carico

⁵⁰ Per spese si intende: Spese mediche straordinarie

dai servizi prima dell'introduzione del RdC. Questo è un dato importante, soprattutto in quei territori che erano privi di sistemi informatici gestionali e che hanno trovato in GePI una modalità per una gestione olistica della presa in carico del nucleo. In questo contesto, dunque, emerge dai focus group che GePI viene utilizzato nella prima fase di definizione del Patto, inserendo queste progettualità nei campi liberi disponibili, senza però poi aggiornare l'informazione nel tempo. Questo avviene sia perché GePI è stata creato allo scopo di gestire i nuclei beneficiari RdC e non permette di seguire le famiglie una volta conclusa l'erogazione del beneficio, sia perché la modifica del contenuto dei Patti sottoscritti non avviene in maniera agile tramite GePI (necessità di de-finalizzare un Patto sottoscritto anziché modificarlo).

Box 10 - Il Reddito di Inclusione Attiva (R.I.A.) nel Veneto: l'erogazione subordinata alla presa in carico e l'importanza del lavoro di rete

Il Reddito di Inclusione Attiva, istituito con Deliberazione della Giunta Regionale n.2009 del 23 dicembre 2015, è una misura regionale per il contrasto alla povertà finalizzata all'inclusione attiva di persone prese in carico dai servizi sociali territoriali³, in collaborazione con soggetti pubblici e privati. La misura mira a promuovere percorsi di recupero, reinserimento sociale e autonomia di persone in stato di marginalità ed esclusione sociale, consolidando al contempo la rete territoriale di agenzie del pubblico e del privato sociale impegnate nel reinserimento sociale e lavorativo dei soggetti beneficiari, e favorendo la gestione integrata delle politiche di inclusione sociale attraverso un modello di welfare di comunità. La misura prevede due ambiti di intervento:

- *RIA di Sostegno*, che si rivolge a persone in condizioni di fragilità personale non immediatamente collocabili nel mondo del lavoro o in situazione di disagio sociale, con l'obiettivo di favorirne la socializzazione attraverso l'erogazione di contributi economici a sostegno del reddito finalizzati all'attivazione dei beneficiari tramite la loro adesione, in qualità di volontari, a un percorso di alcuni mesi all'interno di enti pubblici/Terzo Settore/privato sociale;
- *RIA di Inserimento*, che si rivolge a persone con capacità lavorative attive/riattivabili attraverso tirocini di inserimento/reinserimento lavorativo e/o percorsi formativi di vario tipo.

L'esistenza del RIA è utile a spiegare due aspetti importanti emersi dal focus group condotto con gli operatori veneti. Innanzitutto, l'accesso alle misure di sostegno regionale sopra descritte è subordinato alla residenza nel comune in cui la persona o il nucleo familiare sono presi in carico da parte del servizio sociale professionale e all'adesione ad un progetto personalizzato. L'eventualità che anche l'erogazione del RdC sia subordinata alla presa in carico sarebbe quindi pienamente in linea con la misura regionale e con la prassi degli operatori sociali. In secondo luogo, gli interventi regionali

descritti sopra operano in una modalità del lavoro di rete, che viene privilegiata nel quadro dei diversi servizi offerti (sostegno alla socializzazione, inserimento lavorativo, supporto all'abitare, sostegno educativo). Il RIA, in particolare, pone l'accento sull'attivazione del beneficiario, lasciando agli assistenti sociali uno spazio di manovra sufficientemente ampio nella definizione degli interventi da attivare, realizzati attraverso accordi già consolidati con il Terzo Settore. La prassi di lavoro consolidata con gli attori del Terzo Settore e del privato sociale che operano sul territorio rappresenta un valore aggiunto importante, capace di agevolare la collaborazione in rete anche per l'attivazione degli interventi previsti dalle misure nazionali di contrasto alla povertà (ad esempio, i PUC nel quadro del RdC).

Nei contesti in cui sono presenti piattaforme gestionali (come ad esempio osservato nei focus group di Firenze, Udine e Bologna), gli operatori continuano la presa in carico tramite piattaforme regionali preesistenti, non interoperabili con GePI, che spesso le contengono informazioni necessarie sia per alimentare il fascicolo sociale del beneficiario, sia per ricostruire lo storico sulla persona (precedente percorso sociale, sostegni attivati, colloqui effettuati, oltre che informazioni su altri servizi che hanno preso in carico la persona o la famiglia). Vista la mancanza di interoperabilità con GePI, è emerso dai focus group che gli operatori preferiscono compilare tali piattaforme, già usate da tempo e la cui compilazione è spesso necessaria ai fini della rendicontazione comunale/regionale, e non procedono alla trascrizione dei dati. Questo comporta un ridotto utilizzo di GePI nelle fasi successive alla sottoscrizione del Patto e una mancanza di informazioni registrate e aggiornate in GePI. Si suggerisce di dare priorità allo sviluppo dell'interoperabilità tra il GePI e le piattaforme locali, per permettere un uso efficiente delle informazioni esistenti ed evitare inutili duplicazioni.

Box 11- I PUC – Progetti utili alla collettività

L'analisi, inclusa in appendice, presenta una valutazione dell'offerta dei PUC (Percorsi di utilità collettiva) per i beneficiari del Reddito di cittadinanza (RdC) nel 2022.

- Sono disponibili 16.914 PUC, ma solo il 56% dei comuni con beneficiari RdC ha almeno un PUC attivo. Inoltre, alcune regioni hanno meno del 30% dei comuni con almeno un PUC attivo.
- Nel 2022 erano disponibili 191.760 posti PUC, distribuiti in modo simile tra comuni e centri per l'impiego. Tuttavia, se si considerano i nuclei beneficiari RdC che devono partecipare ai PUC per legge, l'offerta è decisamente inferiore al bisogno di progetti, anche nei comuni che prevedono almeno un PUC. Infatti, in media, servirebbero almeno 9 rotazioni di beneficiari indirizzati ai Servizi Sociali e 11 rotazioni per i beneficiari indirizzati ai Cpl per poter permettere

a tutti i beneficiari RdC di partecipare al PUC almeno per un periodo. In alternativa, servirebbe aumentare i posti disponibili e/o il numero di PUC.

- Tra i nuclei beneficiari con un PaIS sottoscritto in comuni con almeno un PUC disponibile, circa il 20% è stato assegnato/ha partecipato ai PUC nel 2022. Questo dato è in linea con la frequenza di impegni inclusi nei PaIS, ma è comunque inferiore a quanto previsto dalla norma, dato che la partecipazione ai PUC è obbligatoria per tutti i beneficiari.
- Nei comuni che hanno meno posti PUC disponibili rispetto ai beneficiari con PaIS firmato, e quindi hanno un'offerta non sufficiente rispetto alla domanda di PUC, non tutti i PUC disponibili vengono utilizzati. Infatti, sono oltre 3.000 i PUC non assegnati nel 2022 in comuni con offerta non sufficiente. Potrebbe quindi esistere un problema di adeguatezza dei PUC rispetto ai bisogni/capacità dei nuclei, o mancanza di comunicazione agli operatori sui PUC disponibili nel territorio.

Patto per l'Inclusione Sociale

Punti di forza

- La metodologia e gli elementi previsti dal Patto per l'inclusione sociale guidano gli operatori alla costruzione di progettualità ampiamente condivise con il nucleo, alla luce di una valutazione multidimensionale.
- Il Patto consente di definire molteplici tipologie di progettualità volte a migliorare le condizioni del nucleo familiare. La metodologia prevista dal Patto aiuta a standardizzare le modalità di attuazione della presa in carico.

Punti di debolezza

- Il contenuto (elenchi) dei vari elementi del Patto non facilita la concretezza del piano di intervento
- La logica tra i vari elementi del Patto e gli elenchi inclusi in ogni elemento non aiutano gli operatori a identificare obiettivi/risultati/impegni che rispondano ai bisogni della famiglia.
- Poca coerenza tra i bisogni evidenziati nella valutazione multidimensionale e i contenuti inclusi nel Patto.
- Criticità nel sistema dei servizi territoriali e/o scarsa conoscenza circa la presenza di sostegni presenti sul territorio e attribuibili al beneficiario
- Assenza di strumenti standardizzati di mappatura/catalogazione dei servizi
- Il patto senza "sostegni" rischia di risultare in un patto privo di un piano di interventi concretizzabile
- Riguardo GePI, si evidenzia la macchinosità nel de-finalizzare il Patto, con conseguente mancato aggiornamento del Patto e perdita del dato
- Il GePI non permette l'inserimento di informazioni puntuali sui sostegni
- Il GePI non è interoperabile con le piattaforme locali

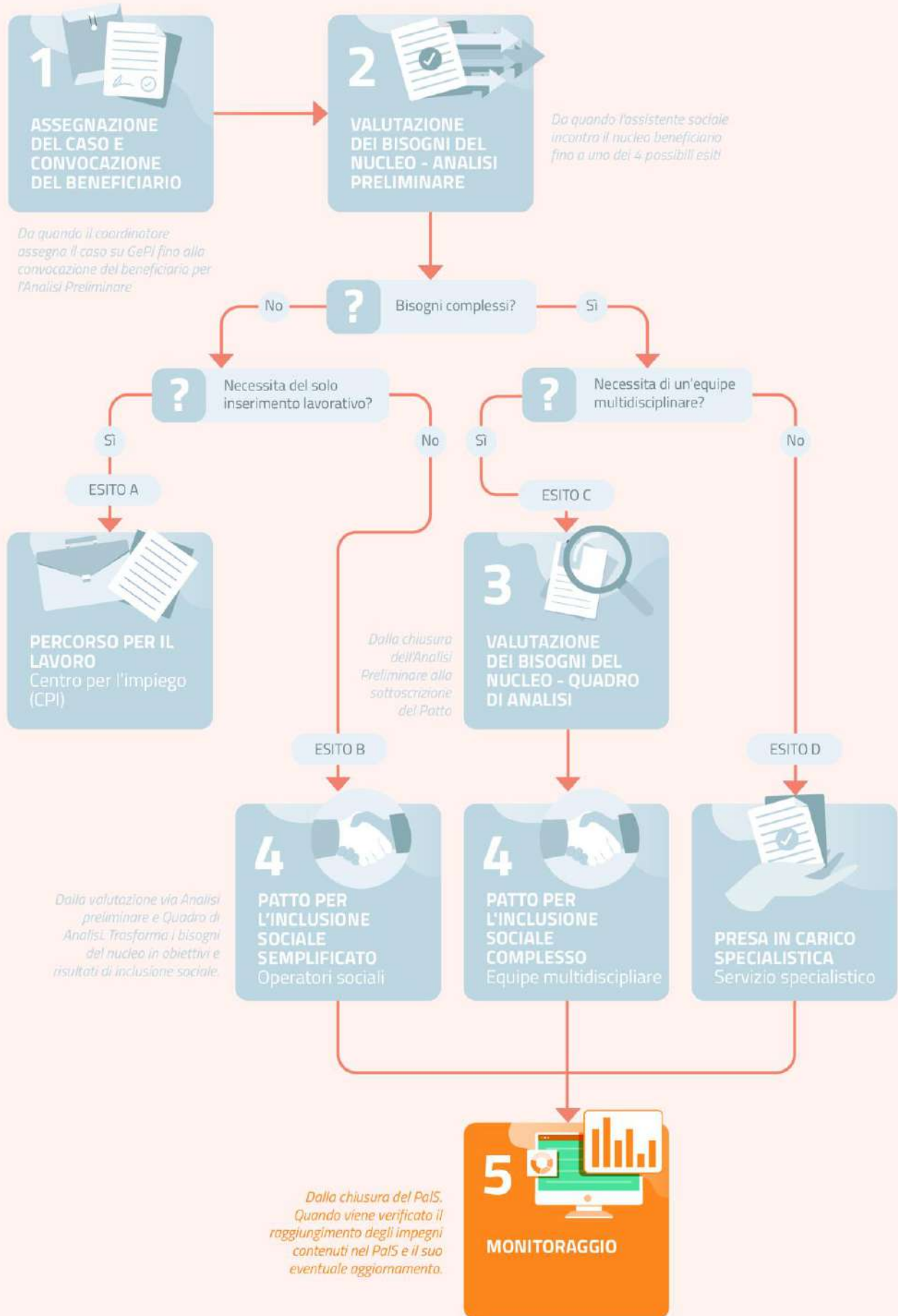
Opportunità di miglioramento

- Gli operatori apprezzano la metodologia, usano obiettivi, risultati, impegni, ma la logica interna e la definizione attuale degli elementi del Patto non aiuta a definire con concretezza impegni e sostegni facilmente monitorabili e collegati ai bisogni emersi nella valutazione. Si suggerisce una revisione degli elementi del Patto per facilitare la

coerenza tra i bisogni identificati in sede di valutazione multidimensionale, gli obiettivi e i risultati, così come una maggiore concretezza negli impegni e sostegni attivabili.

- Gli operatori non sempre riescono a dare piena attuazione al Patto perché mancano i sostegni. L'introduzione di strumenti standardizzati di individuazione dei servizi (inclusi quelli mancanti, come ad esempio potrebbe essere un catalogo popolabile su più livelli) è fortemente raccomandata
- Rafforzare gli investimenti nel terzo settore, con un adeguato uso sia dei fondi già disponibili sia di strumenti di coordinamento e collaborazione quali accordi e protocolli, potrebbe rafforzare la componente di attivazione sociale che il patto dovrebbe contenere.
- Fare leva sulle buone pratiche esistenti a livello locale, anche in termini di rete, è cruciale per creare sinergie che favoriscano l'attivazione sociale del nucleo.
- Introdurre la possibilità di modificare il Patto in GePI, includere informazioni puntuali sui sostegni e sviluppare l'interoperabilità con piattaforme locali.

Monitoraggio



Il Monitoraggio

Si tratta della fase in cui viene verificato il raggiungimento degli impegni contenuti nel PaIS da parte del nucleo beneficiario e il suo eventuale aggiornamento. Il beneficiario è tenuto a parteciparvi mensilmente e in presenza, secondo quanto previsto dalla Legge di Bilancio 2022.

Il monitoraggio è uno strumento utile e importante per il beneficiario nel suo percorso di inclusione sociale

Dal questionario emerge un quadro molto positivo sul monitoraggio. Più del 90% dei partecipanti lo considera uno strumento utile e importante per il beneficiario nel suo percorso di inclusione sociale⁵¹. Inoltre, gli operatori ritengono che durante i colloqui di monitoraggio emergano nuovi e importanti elementi (criticità, aspirazioni e potenzialità) sul nucleo beneficiario⁵². Il 67% dei partecipanti al questionario ritiene inoltre che il monitoraggio consenta anche di procedere in maniera rapida e relativamente semplice all'aggiornamento del Patto:⁵³ operazione che tuttavia il più delle volte non viene inserita in piattaforma.

L'incontro con i beneficiari del RdC per il monitoraggio degli impegni permette di creare una relazione con nuclei che altrimenti non sarebbero mai stati conosciuti ai servizi sociali

L'RdC ha permesso ai servizi di entrare in contatto, spesso con logiche preventive e non emergenziali, con nuclei che altrimenti i servizi sociali non avrebbero mai conosciuto (ad esempio Trieste, dove è stata creata un'unità appositamente dedicata ai casi sconosciuti). Il dato è emerso con forza in quasi tutti i focus group, non solo in realtà più piccole come Perugia ma anche in grandi centri come Roma. Al contempo, tuttavia, soprattutto in quelle realtà dove si lamenta una scarsa offerta di servizi, è stato sottolineato che i sostegni da aggiornare e offrire nel tempo alle famiglie devono essere più attrattivi e calzanti con le loro esigenze ("accattivanti"), e rispondere a questa medesima logica preventiva. A Roma, a tal proposito, in quest'ottica di prevenzione del disagio si è data forte enfasi al sostegno alla genitorialità (come d'altronde prioritariamente previsto nell'ambito del Piano Povertà): molti assistenti sociali ritengono che il nucleo vada accompagnato nella sua crescita, e che il sostegno debba diventare occasione di sviluppo umano per i componenti che non soffrono di particolari criticità.

⁵¹ Cfr. Allegato I – domanda 36 questionario

⁵² Cfr. Allegato I – domanda 37 questionario

⁵³ Cfr. Allegato I – domanda 40 questionario

Il monitoraggio viene spesso inteso dagli operatori in maniera diversa rispetto a quella prevista dalla norma

È emerso, infatti, dai focus group come il monitoraggio venga considerato come un processo continuo, che comincia dall'inizio della presa in carico. Risulta poco presente, nella percezione degli operatori, la distinzione tra la fase antecedente, che attiene strettamente alla valutazione del bisogno, e il monitoraggio. Questo potrebbe avvenire anche perché parte dei casi risultano già presi in carico dai servizi: in questi casi, soprattutto, l'RdC rappresenta solo un tassello di un lavoro che si cerca di portare avanti sotto forme più o meno integrate a seconda dei territori. Si configura dunque nel complesso come un processo variamente strutturato a livello territoriale (più formalizzato in alcuni, più destrutturato in altri) il cui centro motore è rappresentato spesso non dal case manager ma dalla famiglia stessa, che nei casi complessi richiede aiuto e supporto continuativo. *"Il monitoraggio è un processo continuo, che comincia dall'inizio della presa in carico e che portiamo avanti costantemente. Una volta agganciata la famiglia ci chiama, ci aggiorna, ci cerca ed emergono nuovi elementi"* (Napoli).

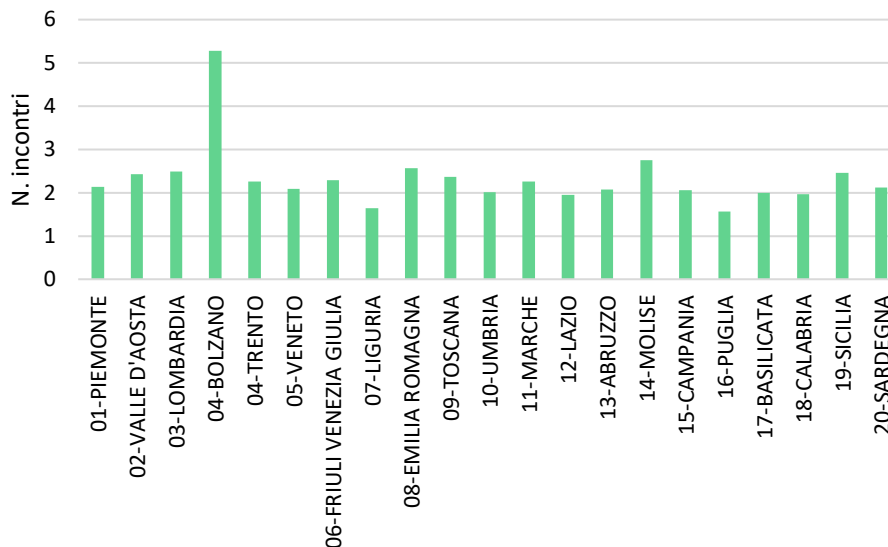
L'obbligo del monitoraggio "mensile" e "in presenza" è reputato macchinoso, poco utile e molto oneroso in termini di carico di lavoro

Dai dati amministrativi emerge che non siano stati effettuati in media più di due incontri di monitoraggio per ciascun nucleo beneficiario nel corso dell'anno 2022. Il dato non appare in contrasto con quanto dichiarato da circa il 90% dei partecipanti al questionario, i quali affermano che il monitoraggio mensile è uno strumento utile nei casi complessi, mentre viene fatto con meno frequenza per i casi meno complessi⁵⁴. Anche dai focus group emergono grosse difficoltà nel rispetto di un obbligo poco compatibile con i carichi di lavoro degli operatori. Di conseguenza, l'obbligo del monitoraggio mensile e in presenza inserito in Legge di Bilancio 2022 risulta poco rispondente alla realtà e soprattutto al carico di lavoro degli assistenti sociali. Questo si potrebbe limitare ai casi più complessi, che necessitano di una presenza continuativa da parte dell'assistente sociale, mentre negli altri casi (soprattutto laddove le necessità sono per lo più di natura lavorativa) viene espressa netta preferenza per l'utilizzo di strumenti informali (es. WhatsApp, telefono) e tempistiche meno rigide. A tal proposito, permettere all'assistente sociale maggiore flessibilità nella gestione degli incontri di monitoraggio, introducendo se opportuno un

⁵⁴ Cfr. Allegato I – domanda 39 questionario

requisito minimo di legge (ad esempio, contatto semestrale con i servizi, non necessariamente in presenza) potrebbe alleggerire il carico di lavoro.

Figura 27 – Media incontri monitoraggio per domanda



La sezione monitoraggio in GePI è poco utilizzata, probabilmente perché spesso il Patto non viene finalizzato in piattaforma

Come emerge dai dati amministrativi, il 50% degli assistenti sociali ha un massimo di dieci casi in monitoraggio registrati in piattaforma. Come chiarito durante i focus group, gli assistenti sociali in effetti preferiscono spesso non finalizzare il Patto in GePI, per poter apportare modifiche che altrimenti gli risulterebbero "macchinose". Di conseguenza, la sezione Monitoraggio risulta "congelata" e il caso, sebbene il patto sia stato sottoscritto, non risulta in status "monitoraggio". Questo implica che qualsiasi aggiornamento del Patto successivo alla sua sottoscrizione non venga trascritto in piattaforma.

Anche laddove il Patto si potesse facilmente modificare, le attuali funzionalità informatiche previste dalla sezione monitoraggio della Piattaforma GePI risultano scarsamente utilizzate. Nonostante nel questionario il 65% dei partecipanti ritenga che ai fini del monitoraggio la piattaforma contenga tutte le funzionalità necessarie⁵⁵, dai focus group emerge che gli AS

⁵⁵ Cfr. Allegato I – domanda 41 questionario

preferirebbero una sezione più "discorsiva", più simile alle cartelle sociali attualmente in uso e che possa essere interoperabile con queste (laddove siano state informatizzate). Spesso si continua a preferire comunque l'uso del monitoraggio cartaceo.

Infine, dai focus group è emerso che si dovrebbe continuare a poter lavorare in GePI le pratiche relative ai beneficiari presi in carico, anche se non percepiscono più RdC. Infatti, sebbene si riconosca il ruolo che ha avuto l'RdC nel permettere ai servizi di raggiungere nuclei che prima erano sconosciuti, si rischia di perdere lo "storico" del nucleo, laddove questo rimanga in carico ai servizi nonostante il termine del RdC. Da questo punto di vista, se da un lato si riconosce il ruolo che l'RdC ha avuto nel mettere i servizi in contatto con nuclei fino ad allora sconosciuti (in una logica anche preventiva, di anticipazione del bisogno), dall'altro si rischia che questa finalità si perda a causa di difficoltà meramente legate alla piattaforma. Ciò, tra l'altro, contrasta con la lettera della norma (art. 6 co. 7 d.lgs. 147/2017), che specifica: "la durata del progetto può eccedere la durata del beneficio economico".

"L'RdC finisce, ma la presa in carico continua" (Napoli).

Monitoraggio

Punti di forza

- Il monitoraggio è estremamente apprezzato dagli operatori, i quali quando agganciano la famiglia riescono a costruire progettualità condivise e a modificare il patto aggiornando impegni e sostegni
- Il monitoraggio, così come inteso nel disegno originario delle linee guida, lascia sufficiente flessibilità e margine di manovra all'assistente sociale
- Il monitoraggio può assumere una funzione preventiva importante, offrendo sostegni che consentano lo sviluppo umano della persona e del nucleo nel suo complesso e che anticipino il potenziale aggravarsi di situazioni.

Punti di debolezza