

Report

sull'attività di ricognizione della Porta Unica d'Accesso – P.U.A.

ai sensi del Decreto Commissariale n. 84/13

INDICE

INTRODUZIONE

1 - LA RICERCA

Disegno della rilevazione.....pag. 4

2 - I RISULTATI.....pag. 6

3 - LE CONCLUSIONI.....pag.14

4 - IL PROFILO DEL WELFARE D'ACCESSO DELLE

SINGOLE AZIENDE SANITARIE.....pag. 15

B?B **A.S.L. Na 2**.....pag. 17

B?C **A.S.L. Na 1**.....pag. 21

B?D **A.S.L. AV**pag. 24

B?E **A.S.L. BN**.....pag. 27

B?F **A.S.L. CE**pag. 29

B?G **A.S.L. Na 3**.....pag. 31

B?H **A.S.L. Sa**.....pag. 33



INTRODUZIONE (da integrare a cura della Regione)

La Porta Unica di Accesso – P.U.A. - rappresenta indubbiamente un nodo strategico fondamentale per una efficace ed efficiente governo del sistema di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie.

A circa un anno dall'emanazione delle "Linee d'indirizzo operative P.U.A.", approvate con DGRC n. 790/12, atte all'implementazione, graduale, di un modello organico di P.U.A. e finalizzate ad uniformare le modalità di accesso ai servizi socio-sanitari su tutti i territori della Regione Campania, si rende necessario avviare una ricognizione dello stato dell'arte, in ottemperanza al Decreto Commissariale n. 84/13.

L'indagine condotta ha inteso, pertanto, rilevare sia il livello di recepimento delle indicazioni emanate dalla Regione Campania sia l'attuale funzionamento del modello di accesso alle prestazioni integrate, fotografando, per ciascuna A.S.L. e a partire dai Distretti Sanitari, il modello della P.U.A. prevalente, evidenziando criticità e risorse.



1 - LA RICERCA

Disegno della rilevazione

L'oggetto generale dell'indagine è stato il sistema di accesso alle prestazioni socio-sanitarie, con la finalità di delineare sia lo stato dell'arte delle AA.SS.LL. rispetto al livello di recepimento delle indicazioni contenute nelle Linee Operative emanate con la DGRC n. 790/12¹ sia, in caso di mancato recepimento formale e attuativo, le modalità di accesso dei cittadini ai servizi socio-sanitari attive nei vari territori. E' stato necessario, pertanto, impostare l'attività d'indagine per rispondere a questa duplice esigenza, realizzando una ricognizione strutturata per verificare il livello di recepimento delle indicazioni contenute nella DGRC 790/12 e, nel contempo, per rilevare il modello e/o i modelli di Porta Unica di Accesso (P.U.A.) presenti, partendo dall'ipotesi di forte disomogeneità e frammentarietà territoriale. L'obiettivo specifico perseguito, invece, è stato, attraverso la raccolta di dati ed informazioni sullo stato di recepimento della DGRC n. 790/12 e sul modello organizzativo della P.U.A. nelle AA.SS.LL./Distretti Sanitari, realizzare un report sugli elementi salienti del processo di accesso alle prestazioni socio-sanitarie. Gli interlocutori dell'attività di ricerca sono stati individuati nei coordinatori sociosanitari delle AA.SS.LL. ed nei referenti sociosanitari dei singoli Distretti Sanitari. L'indagine, infatti, è stata condotta per Distretto Sanitario attraverso una scheda di raccolta dati pre-compilata per A.S.L. con l'elenco della corrispondenza tra i Distretti Sanitari e degli Ambiti Territoriali (scheda di ricognizione P.U.A.). I dati raccolti con la scheda sono stati successivamente esaminati in "focus" di approfondimento dedicati alle singole AA.SS.LL., nei quali, non solo si è riscontrato quanto indicato nella scheda, ma soprattutto sono emerse indicazioni ed informazioni che hanno arricchito notevolmente i dati raccolti. Dati che peraltro in fase di analisi ed elaborazione sono risultati, appunto, poco significativi ed attendibili rispetto, invece, alle informazioni raccolte nei focus.

Gli strumenti utilizzati, dunque, per effettuare l'indagine sono stati:

- questionario semi-strutturato (scheda di ricognizione in formato Excel) per la raccolta dei dati di ricognizione, inviata a mezzo e-mail ai coordinatori sociosanitari antecedentemente ai focus e presentata in un incontro regionale. La scheda è stata accompagnata da un documento di presentazione;
- pista di lavoro per la conduzione dei Focus, ad uso interno, nella quale per ciascuna A.S.L., preventivamente e sulla base dei dati trasmessi dal coordinatore sociosanitario con la scheda di ricognizione, sono state individuate delle criticità e/o degli elementi per il confronto e la discussione condotta nei focus.

La metodologia utilizzata per la realizzazione dell'indagine è stata sostanzialmente l'intervista semi-strutturata, mentre i macro indicatori selezionati per la ricognizione sono stati:

- il recepimento formale della DGRC n. 790/12, attraverso la rilevazione degli strumenti di governance adottati sia a livello aziendale che distrettuale (accordo di programma, protocollo d'intesa, regolamenti procedurali, atti aziendali, circolari);
- il livello di attivazione della Porta Unica di Accesso, in base ad elementi organizzativi (formazione specifica del personale, presenza dell'organigramma, scheda di accesso unica) e strutturali

¹ DGRC n. 790 del 21/12/2012 "Approvazione delle Linee Operative per l'accesso Unitario ai servizi Socio Sanitari"- P.U.A. Pubblicazione BURC n. 80 del 31/12/12



(sede dedicata, diffusione e localizzazione dei punti di accesso, sistema informatizzato);

- la messa a regime di un modello organico di P.U.A., attraverso la rilevazione delle modalità gestionali (individuazione del livello di coordinamento centrale condiviso con il sociale, complessità ed omogeneità delle funzioni, sistema di comunicazione sociale);
- le problematicità e le criticità maggiormente ricorrenti livello locale e “percepiti” dagli interlocutori.

Per avvicinarsi il più possibile all’obiettivo della ricerca, è stato necessario impostare la scheda di ricognizione dati ipotizzando le differenti casistiche nelle quali potevano ritrovarsi le AA.SS.LL. alla data della rilevazione.

La scheda di ricognizione dati P.U.A. elaborata ed utilizzata è stata divisa, infatti, in due parti: i primi 3 Fogli hanno costituito la I Parte, riferita alla rilevazione dei dati per quei Distretti Sanitari (DS) che, alla data della rilevazione, avevano recepito la DGRC 790/12, sia da un punto di vista formale che attuativo. Alle AA.SS.LL. e/o i Distretti Sanitari che, alla data della rilevazione, avevano invece recepito solo formalmente la DGRC n. 790/12 o che non l’avevano per niente recepita, è stato chiesto di utilizzare parzialmente il I Foglio della scheda di ricognizione, solo per indicare tale condizione, e di proseguire direttamente nella compilazione della II Parte, ovvero dei Fogli IV, V e VI, strutturati in maniera simile ai precedenti Fogli, secondo la stessa logica d’indagine. A margine di ciascun Foglio, i compilatori hanno avuto la possibilità di inserire note esplicative nell’apposito spazio in corrispondenza del DS. Dati i tempi ristretti per condurre l’indagine, è stato necessario chiedere ai coordinatori sociosanitari di raggruppare i dati dei singoli DS in un’unica scheda dell’A.S.L., non potendo prendere in considerazione le schede/dati trasmessi dai singoli DS e non aggregate. Tale indicazione è stata, in alcuni casi, disattesa evidenziando le ricorrenti difficoltà delle Aziende a coordinare e raccordare le attività rispetto ai singoli Distretti. Come in altre attività di ricerca e monitoraggio effettuate recentemente nell’ambito delle attività del POAT SALUTE Regione Campania anche per questa attività si sono presentate alcune criticità legate alla palese difficoltà dei coordinatori sociosanitari a “governare” tutto il processo e a trasmettere dati corretti e correlabili. Tant’è che, come già detto in precedenza, i dati rilevati con la scheda di ricognizione P.U.A. sono risultati poco attendibili e coerenti con lo stato effettivo della situazione che è stata, invece, rilevata abbastanza attentamente attraverso l’attività dei focus, nei quali, grazie ad confronto aperto e dinamico, è stato possibile evidenziare soprattutto i deficit organizzativi delle Aziende e/o Distretti ma soprattutto elementi del processo culturale che sottendono tali criticità.

L’indagine è stata realizzata nel mese di ottobre secondo il seguente calendario delle attività:

<u>A.S.L.</u>	<u>Data consegna Scheda dati dell’A.S.L.</u>	<u>Data Focus c/o la Regione</u>
Na 2 Nord	Venerdì 11	Martedì 15
Na 1 Centro	Venerdì 11	Mercoledì 16
Avellino	Martedì 15	Venerdì 18
Benevento	Venerdì 18	Martedì 22
Caserta	Martedì 22	Venerdì 25
Na 3 Sud	Venerdì 25	Martedì 29
Salerno	Venerdì 25	Mercoledì 30



2 - I RISULTATI

L'attività di ricognizione condotta sulle modalità di accesso da parte dei cittadini ai servizi socio(e)sanitari ha confermato alcune considerazioni di carattere generale circa i processi culturali ed organizzativi che accompagnano il complesso apparato, sanitario e sociale, per l'erogazione delle prestazioni assistenziali e di cura. Al di là delle differenze, talvolta anche sostanziali, riscontrate tra le varie Aziende Sanitarie e all'interno delle stesse tra i singoli Distretti (come descritte nel capitolo che segue), i risultati dell'indagine hanno consentito di tracciare alcuni elementi generali comuni a tutte le realtà aziendali e che ne caratterizzano il macro contesto dell'indagine.

Tali elementi, confermati prevalentemente attraverso i focus, sono:

- un diffuso clima aziendale poco incline alla “sperimentazione” di nuovi modelli organizzativi, contraddistinto da un preminente atteggiamento di “*rassegnazione e demotivazione*” da parte della maggioranza degli operatori coinvolti, scarsamente incentivati al miglioramento delle performance, ma disponibili, comunque, al confronto, sensibili alla necessità di investire per la realizzazione di un sistema di welfare d'accesso e consapevoli che, questo, rappresenta un grave deficit organizzativo;
- il radicamento di una cultura manageriale verticalizzata, che non favorisce un cambiamento sostanziale del paradigma organizzativo attraverso il sostegno di processi di pianificazione e di programmazione delle attività dal basso, in grado di *mettere a sistema* le relazioni, le esperienze, i procedimenti sperimentati e valorizzando buone prassi, comunque presenti;
- l'autoreferenzialità del settore sanitario rispetto a quello sociale, condizione accentuata anche dalla frammentarietà e discontinuità delle risorse finanziarie destinate alla copertura della spesa sociale e socio-sanitaria. Questa condizione del settore sociale non ha favorito negli anni la stabilizzazione di un processo e di percorsi per l'istituzionalizzazione omogenea ed uniforme di servizi essenziali come quello, appunto, per l'accesso. Nella rilevazione è spesso emerso, quale elemento di forte problematicità, il fatto che la maggioranza dei Comuni campani, soprattutto di piccolissime e piccole dimensioni, è ancora sprovvisto del servizio professionale di base e gli Ambiti Territoriali nei quali ricadono non dispongono del Servizio di Segretariato Sociale, legato al sistema di finanziamento dei Piani di Zona che è sempre più precario ed instabile.

Un altro aspetto del contesto generale che certamente non favorisce la possibilità di “fotografare” l'assetto organizzativo regionale delle procedure di accesso ai servizi e di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie, è determinato dalla geomorfologia del territorio campano, il quale si presenta disomogeneo, frammentato ed esteso. Un ulteriore elemento di difficoltà riscontrato nella realizzazione dell'indagine, confermato da tutti i referenti sociosanitari intervenuti ai focus, è quello relativo alla nuova configurazione territoriale della corrispondenza tra Distretti ed Ambiti Territoriali (DGRC n. 320/12, recepita con Decreto Commissariale n. 81/12), che ha ulteriormente frenato il percorso di recepimento formale ed attuativo della DGRC n. 790/12.

Al di là di queste considerazioni di carattere generale sul contesto, relativamente invece allo specifico sul sistema della Porta Unica di Accesso e al recepimento delle linee d'indirizzo P.U.A., emanate con la DGRC n. 790/12, i dati raccolti hanno, comunque, marcato un orientamento complessivo dell'indirizzo che le Aziende Sanitarie, seppur con differenti modalità, hanno adottato o stanno adottando. Tale “fattore comune” sembra essere quello dell'introduzione prevalentemente di “correttivi” all'attuale procedimento d'accesso



territoriale ai servizi, demandando ai singoli Distretti Sanitari, nell'ambito della propria competenza ed autonomia organizzativa, l'attuazione, anche solo in via sperimentale. L'indirizzo che prevale in tutte le Aziende, ed emerso chiaramente soprattutto dal confronto diretto con i referenti sociosanitari avuto nei focus, è quello del rafforzamento e del consolidamento della "funzione di accesso" esercitata storicamente dai vari e diversificati servizi di territoriali di erogazione delle prestazioni, ed in particolare, per il Sanitario dalle UU.OO., che oggi svolgono un ruolo predominante, e per il Sociale dai Comuni associati in Ambiti Territoriali. Senza, pertanto, pensare ad un re-investimento e/o ri-organizzazione complessiva dell'area del welfare d'accesso, che implementi e/o rafforzi una struttura organizzativa specifica collegata a tutto il sistema di erogazione delle prestazioni sociali, sanitarie e socio-sanitarie. L'idea guida che sta accompagnando questo complicato processo di recepimento delle linee d'indirizzo regionali da parte delle Aziende, è quella, dunque, di "adattare", più che adottare, il modello e/o i modelli di accesso presenti in ciascun Distretto Sanitario ad un modello organizzativo solo tendente, progressivamente, alla costruzione di un "sistema integrato di Porta Unica di Accesso", sicuramente più organico e sistemico rispetto a quello attuale, ma che comunque non consente di dare una "struttura" a quello che, oggi, è sedimentato e radicato da anni nei territori. Ossia, non è stata rilevata una strategia organizzativa orientata alla possibilità di investire per costruire un "sistema integrato ed unitario, di tipo organico e strutturato, di Porta Unica di Accesso", nei termini presentati nelle linee d'indirizzo regionali sulla P.U.A..

Dal confronto con i referenti sociosanitari distrettuali intervenuti ai focus è emersa, però, anche la forte esigenza di ricevere direttive più autorevoli dal management aziendale circa gli adempimenti, formali ed organizzativi, da adottare a livello distrettuale e da proporre agli Ambiti Territoriali, in maniera da rafforzare e sostenere il lavoro di riorganizzazione di tutto il processo e del percorso dell'accesso a livello locale, di cui sentono la necessità di una revisione e/o di un potenziamento.

Alle problematiche ricorrenti riscontrate nell'indagine, quali quelle legate alla carenza di risorse, alla mancanza di un sistema informatico condiviso, alla formazione del personale, alla difficoltà di confronto con il Sociale, nella maggior parte dei casi si è rilevata anche quella relativa alle funzioni direttive e di governo di tutto il sistema delle prestazioni socio-sanitarie integrate (soprattutto per l'A.S.L. Salerno, l'A.S.L. Benevento e l'A.S.L. Napoli 3), che sconta una organizzazione nella quale le funzioni di coordinamento sono spesso frammentate lungo il percorso dall'accesso all'erogazione delle prestazioni tra varie figure, sovrapposte e/o sovrapponibili, non ben strutturate in posizioni organizzative dedicate a tali funzioni. In molti casi, infatti, tutto il processo di accesso alle prestazioni socio-sanitarie si sviluppa su rapporti di collaborazione e d'intesa informali tra i vari attori coinvolti, che si formalizzano solo nella fase di erogazione delle prestazioni ed in particolare in ottemperanza agli obblighi normativi e regolamentari nonché in relazione alla compartecipazione della spesa, ovvero in sede di U.V.I..

La problematica preminente emersa è, dunque, legata proprio allo scarso investimento che negli anni è stato fatto sull'implementazione strutturale del welfare d'accesso, a scapito della "processualizzazione del procedimento", spesso demandata al buon senso e alla buona volontà degli operatori, in una logica di intervento assistenziale e di cura legata ancora troppo all'emergenza e all' occasionalità dell'intervento, non incardinata in un servizio e, dunque, in un protocollo di procedure condivise e condivisibili. Soggetta, inoltre, alla variabile del fattore umano: *mancando un operatore il percorso rischia di interrompersi e/o si perdono le informazioni.*



Atteso che in nessuna AA.SS.LL. è stato rilevato un Sistema di Porta Unica di Accesso affine a quello indicato nelle linee d'indirizzo P.U.A., strutturato per uniformi Punti di accesso omogenei per funzioni, competenze e distribuzione territoriale e con un Coordinamento Centrale forte, in grado di governare e sostenere l'intero processo del flusso socio-sanitario, è possibile delineare dei macrolivelli di sviluppo:

⇒ un livello nel quale si ritrovano le AA.SS.LL. che hanno avviato una riflessione interna forte in merito alla costruzione di un sistema di welfare di accesso, che hanno recepito con atti formali la DGRC n. 790/12 e che hanno avviato un processo di ridefinizione del proprio modello di accesso, attraverso l'introduzione di correttivi a quello attivo, abbastanza conformi alle indicazioni contenute nelle linee d'indirizzo regionali. In questa macro categoria rientrano **l'A.S.L. di Caserta e l'A.S.L. Napoli 2** nelle quali è possibile rintracciare delle pratiche organizzative abbastanza consolidate e una forte investimento sull'infrastrutturazione del welfare d'accesso integrato. I punti di accesso, soprattutto per l'A.S.L. Na 2, restano comunque sempre settoriali e parcellizzati, anche nell'attuale processo di ridefinizione ed adeguamento del sistema P.U.A.;

⇒ un secondo livello nel quale, invece, si trovano le Aziende che stanno avviando una riflessione interna in merito alla costruzione di un sistema di welfare di accesso e che hanno recepito con atti formali la DGRC n. 790/12, ma che, soprattutto per aver demandando l'attuazione ai singoli Distretti Sanitari, non hanno ancora avviato un "monitoraggio" interno sul processo di ridefinizione del modello di accesso, in conformità alle indicazioni contenute nelle linee d'indirizzo regionali. In questa macrocategoria rientra **l'A.S.L. di Avellino e l'A.S.L. Napoli 3**, per la quale però va precisato che sono state registrate maggiori problematiche relative prevalentemente al livello di coordinamento dei complessi e variegati processi distrettuali;

⇒ l'ultimo livello nel quale si trovano le Aziende che, per una serie di differenti motivazioni, non sono riuscite o non avvertono l'esigenza di avviare una riflessione interna attenta sulla costruzione di un sistema di welfare di accesso integrato ai sensi delle recenti disposizioni operative regionali; le stesse Aziende non hanno recepito pienamente con atti formali la DGRC n. 790/12 e, pertanto, non hanno ancora avviato alcun processo di ridefinizione del modello di accesso, attraverso l'introduzione di correttivi a quello attivo, in conformità alle indicazioni contenute nelle linee d'indirizzo regionali. In questa macrocategoria rientra **l'A.S.L. di Benevento** (per la quale va però precisato che, anche se parzialmente, la DGRC è stata recepita demandando la sperimentazione solo su due Distretti Sanitari, ancora da individuare, e sono in corso di validità una serie di atti riferiti alla P.U.A., ma precedenti alla DGRC n. 790/12); **l'A.S.L. Napoli 1** (che ha dichiarato di aver approvato atti specifici di recepimento ma di aver inserito il recepimento della DGRC n. 790/12 nell'Atto Aziendale) e **l'A.S.L. Salerno** che, tra le Aziende si rileva quella che presenta maggiori problematiche ed un sostanziale ritardo nell'implementazione di un sistema uniforme di welfare d'accesso.



²Tabella n. 1 - Sintesi dei dati di ricognizione sul recepimento della DGRC n. 790/12

A.S.L.	Recepimento Formale (Atti specifici)	Indicazione Atto	Attivazione del processo di rideterminazione del modello ai sensi delle linee operative P.U.A.	Implementazione e/o rafforzamento del coordinamento centrale
Na 1	Parziale ³	Delibera n. 1048 del 26/06/2013 (Atto Aziendale)	No	No
Na 2	Si	Determina n. 348 05/04/2013 ⁴	Si	Si
Na 3	Si	Delibera n. 80 del 31/12/2013 Delibera n. 219 ⁵ del 30/04/2013	No	No
Caserta	Si	Delibera n. 45 del 15/01/2013	Si	Si
Benevento	Parziale ⁶	Delibera n. 80 06/05/2013	No	No
Avellino	Si	Delibera n. 95 25/01/2013	Parziale ⁷	No
Salerno	No	*****	No	No

AA.SS.LL. che hanno trasmesso anche le copie degli atti:

- Caserta
- Napoli 3 Sud
- Benevento
- Napoli 2 Nord (in formato cartaceo)

AA.SS.LL. che non hanno trasmesso atti:

- Avellino
- Napoli 1 Centro
- Salerno

L'analisi macro dei dati rilevati nell'indagine ha confermato le ipotesi del disegno della ricerca, OVVERO:

- l'assenza di un **sistema di welfare d'accesso**, uniforme ed omogeneo non solo per le 7 Aziende Sanitarie ma anche nei Distretti Sanitari della stessa Azienda che, spesso, utilizzano procedure e strumenti differenti, anche non codificati e condivisi con il livello di coordinamento aziendale. A tal proposito si evidenzia che per alcuni coordinatori sociosanitari l'attività di ricognizione P.U.A. svolta è stata l'occasione per un aggiornamento interno sulle procedure attive presso i Distretti che, come dicevamo, spesso si danno un'organizzazione propria in base soprattutto alle risorse disponibili e alla loro valorizzazione o meno;

2 In merito alla ricognizione degli Atti di recepimento si fa presente che nel mese di dicembre, in considerazione della scadenza dei PAC Anziani e in virtù della scadenza della presentazione dei Piani di Zona il 16 settembre, è stata avviata una ulteriore attività di verifica e di raccolta dati.

3 Riferimento solo nell'atto aziendale.

4 Verificare la data ed il contenuto.

5 L'A.S.L. ha Deliberato anche le Linee Guida dei percorsi socio sanitari.

6 Recepimento in via sperimentale previsto su due Distretti da individuare.

7 La Delibera aziendale demanda ai singoli Distretti Sanitari il recepimento attuativo.



- la **frammentarietà delle procedure di accesso degli utenti** ai servizi socio-sanitari. Spesso il cittadino deve produrre più volte e/o a più riprese la stessa documentazione per ricevere il servizio e/o le prestazioni sociali e sanitarie, rivolgendosi anche a più "punti di accesso" scollegati tra di loro (ad esempio, una persona disabile con problematiche di deambulazione e mobilità e con disagio economico si deve attivare su più strutture, anche solo informative, di accesso, spesso esibendo la stessa o simile documentazione, per richiedere sia il servizio di cura domiciliare sia forme di sostegno per l'abbattimento delle barriere architettoniche);
- la **discontinuità temporale dei servizi di accesso**, soprattutto in relazione al settore del sociale, legato prevalentemente, come dicevamo pocanzi, al sistema di finanziamento dei Piani di Zona e, dunque, al sistema d'offerta delle prestazioni per progetti e non per servizi. Un esempio è il Servizio di Segretariato Sociale che, pur essendo un servizio prioritario, è discontinuo sul territorio con un forte livello di turnover degli operatori, prevalentemente Assistenti Sociali;
- la consolidata "**parcellizzazione e settorializzazione**" delle competenze dei vari punti di accesso, che restano prevalentemente radicati nelle stesse organizzazioni di erogazione delle prestazioni sociali o sanitarie (sostanzialmente nelle UU.OO. distrettuali, per il Sociale, e nei servizi sociali dei Comuni, per il sociale), senza l'intenzionalità di investire per una omogeneizzazione delle competenze, fondamentali per la funzione di accesso unitario alle prestazioni. A riguardo la risposta ricorrente fornita dai referenti sociosanitari dei Distretti è stata questa: *"l'utente anziano, per esempio, si rivolge direttamente all'U.O. Anziani del proprio Distretto Sanitario perché sa di essere anziano, ossia conosce la sua condizione ed il suo bisogno, ed è informato sul servizio al quale deve rivolgersi"*. L'accesso è garantito, pertanto, a partire dal problema espresso dall'utente e non dalla presa in carico della persona;
- la **mancaza di servizi dedicati** specificatamente alle funzioni di accoglienza, informazione ed accesso, capaci di offrire una gamma completa di prestazioni in grado di attivare, da e con un unico accesso, la presa in carico dell'utente e di "registrare" tutto il percorso assistenziale e di cura, per azioni di monitoraggio e valutazione finalizzati alla pianificazione e programmazione dell'offerta;
- la **debolezza dell'apparato di coordinamento aziendale**, spesso non incardinato in una struttura di coordinamento collegata direttamente con le organizzazioni di coordinamento sociosanitarie distrettuali.

In relazione alla istanza di "**infrastrutturare un sistema di welfare d'accesso integrato tra il sociale ed il sanitario**", omogeneo per funzioni, uniforme nella distribuzione territoriale e nelle funzioni, strutturato in un'organizzazione funzionale specifica e dedicata, le problematiche maggiormente evidenziate nei focus, sono state:

- carenza di risorse, prevalentemente umane e dedicate specificatamente alle funzioni di accesso, confermata nei dati rilevati con la scheda di ricognizione (Grafico n. 1);
- scarsa dimestichezza degli operatori con i sistemi informatici e scarsa diffusione degli stessi (adeguata dotazione tecnologica);
- discontinuità delle risorse del settore sociale, ossia dei Comuni associati in Ambiti Territoriali, ed elevato livello del turn over degli operatori;
- mancanza di un sistema informativo condiviso ed in rete tra i vari soggetti che favorisce la comunicazione, la tracciabilità del percorso, la condivisione delle informazioni sugli utenti;



- implementazione di una organizzazione funzionale strutturata ed articolata con risorse umane, logistiche, informatiche e materiali, collegata a tutto il sistema dell'integrazione socio-sanitaria ed in particolare all'U.V.I..

Le risposte fornite, invece, dai Distretti Sanitari nella II Parte della scheda di ricognizione dei dati P.U.A., relativamente alle difficoltà che hanno inciso sul recepimento delle indicazioni contenute nelle linee operative regionali P.U.A., evidenziano, oltremodo, sia la carenza di risorse, quale una delle principali criticità al mancato recepimento della DGRC n. 790/12, sia la complicata comunicazione con gli Ambiti Territoriali, con i quali è anche chiaro che non si può però prescindere per avviare un processo di adeguamento e/o implementazione del sistema di welfare d'accesso socio-sanitario (Grafico n. 1).



Grafico n. 1⁸

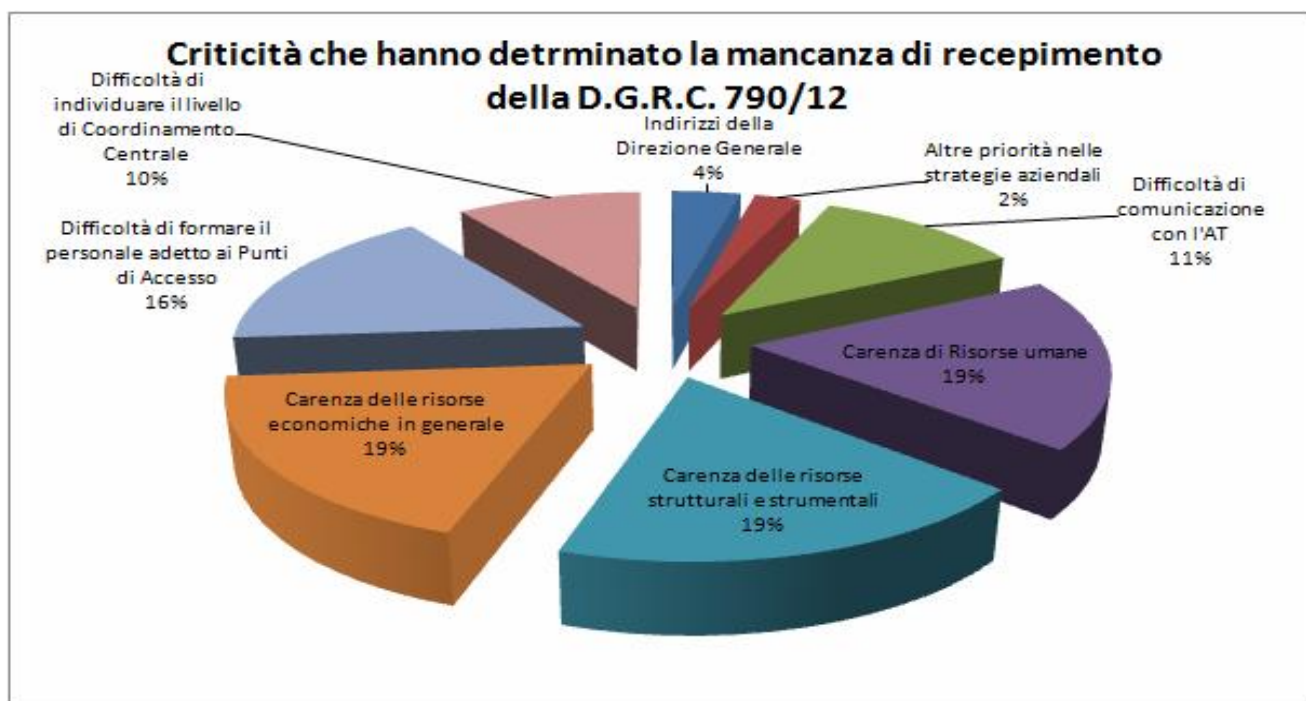


Tabella n. 2 – Criticità rilevate a livello di singolo Distretto

Elementi di criticità riscontrati che hanno determinato il mancato recepimento della D.G.R.C. 790/12 a livello distrettuale								
	Indirizzi della Direzione Generale	Altre priorità nelle strategie aziendali	Difficoltà di comunicazione e con l'AT	Carenza di Risorse umane	Carenza delle risorse strutturali e strumentali	Carenza delle risorse economiche in generale	Difficoltà di formare il personale adetto ai Punti di Accesso	Difficoltà di individuare il livello di Coordinamento Centrale
Avellino	0	0	2	3	3	3	2	0
Benevento	0	0	3	3	3	3	3	3
Napoli 1 Centro	Assenza di indicazioni							
Napoli 3 Sud	0	1	2	3	2	2	2	3
Salerno	3	1	2	6	7	7	6	2
Regione Campania	3	2	9	15	15	15	13	8

⁸ Il grafico è stato elaborato sulla base dei dati aggregati dei Distretti delle singole AA.SS.LL. come riportato nella tabella che segue.



Tabella n. 3 – Criticità rilevate per livello aziendale

Elementi di criticità riscontrati nel percorso di recepimento della DEL. Reg. 790/12 e nel processo di adeguamento della PUA a livello aziendale								
ASL	Indirizzi della Direzione Generale	Altre priorità nelle strategie aziendali	Difficoltà di comunicazione con l'AT	Carenza di Risorse umane	Carenza delle risorse strutturali e strumentali	Carenza delle risorse economiche in generale	Difficoltà di formare il personale adetto ai Punti di Accesso	Difficoltà di individuare il livello di Coordinamento Centrale
Avellino			X	X			X	
Benevento	Nessuna Indicazione							
Napoli 1 Centro				X	X	X		
Napoli 3 Sud	Nessuna Indicazione							
Salerno	Nessuna Indicazione							

I punti di forza che sono emersi invece nei focus restano fondamentalmente quelli legati alle relazioni ed ai rapporti di collaborazione, soprattutto informali, che in ciascun territorio si sono sviluppati negli anni per trovare delle soluzioni, spesso anche semplici, a problemi però complessi.

Tali esperienze andrebbero sicuramente valorizzate e potenziate facendone una risorsa ed un'opportunità di crescita per la stabilizzazione del sistema socio-sanitario. Ovvero, dall'indagine è emerso che, attesa la rilevante difficoltà di descrivere e di rilevare nello specifico i processi procedurali e i modelli organizzativi, i singoli territorio hanno trovato assetti propri, in funzione soprattutto delle risorse disponibili, che risentono però di una "forma-lità" ed il "passa-parola" resta ancora il canale di comunicazione prevalente con il quale trasferire e scambiare informazioni.



3 - CONCLUSIONI

E' possibile promuovere un linguaggio condiviso tra le diversità delle procedure e dei soggetti implicati nel percorso di accesso dei cittadini ai servizi assistenziali e di cura sociale, sanitario e socio-sanitario?

La "difficoltà di leggere la complessità", insita nella gestione delle organizzazioni del lavoro sociale e sanitario, genera sovente confusione e frammentazione: una "babele" in cui si fa fatica a definire modelli, procedure, programmi e progetti, presenti e futuri. La capacità di governare e, dunque, di descrivere un sistema organizzativo è però anche ciò che ne determina elementi di qualità, in termini di efficacia, di efficienza, di appropriatezza, di garanzia e tutela di diritti.

La "metacompetenza" attraverso la quale si possono attuare, secondo modalità condivise, gli interventi per l'implementazione di un **"sistema di welfare d'accesso"** si fonda sulla preliminare valutazione della fattibilità, **"assessment"**, e dalla tessitura sociale ed organizzativa presente in ciascun territorio. A partire da questa valutazione andrebbe elaborato un piano procedurale – una **"modellizzazione"** - sia aziendale, che delinea le linee direzionali del management, sia specifico per singolo Distretto Sanitario, che introduce correttivi e/o elementi di innovazione al processo di lavoro sedimentato, nella direzione del miglioramento complessivo della qualità del lavoro e di avvicinamento alle indicazioni contenute nelle linee d'indirizzo regionali sulla Porta Unica di Accesso. L'investimento maggiore riguarderebbe, dunque, la **nessa a sistema delle risorse** con la costruzione di una **"infrastrutturazione, ossia una rete"**, supportata da un protocollo di procedure condivise e da un sistema informatizzato, di rapporti, informazioni e collaborazioni. Il consolidamento e/o la strutturazione di un'organizzazione deputata ad un presidio forte su tutto il percorso dall'accesso all'erogazione delle prestazioni fino alla fuoriuscita dell'utente dal sistema prestazionale, appare sicuramente una valida soluzione alla frammentarietà, alla precarietà, alla confusione che attualmente si registra dalle verifiche sugli assetti organizzativi dei Distretti Sanitari, che spesso è sfuggente anche alla conoscenza del livello aziendale.

Un "per-corso", quello da intraprendere, che certamente non potrà essere lineare ed uniforme per tutte le Aziende come per tutti i Distretti, in termini sia temporali sia di dettaglio delle procedure, ma che deve, comunque, essere definito in un piano di attività che indichi con chiarezza, ma anche con limitati margini di apertura, responsabilità ed impegni delle parti coinvolte ed azioni periodiche di monitoraggio e valutazione dei risultati sui processi definiti e condivisi.

Alla luce di queste brevi considerazioni conclusive, appare evidente la necessità di emanare delle "direttive esecutive", probabilmente più stringenti, per rafforzare e/o consolidare il percorso di recepimento delle indicazioni contenute nelle Linee Operative Regionali, favorendo il raggiungimento di un obiettivo che, allo stato attuale, sembra mancato.

Ma del resto siamo ad un solo anno dall'emanazione della DGRC n. 790/12.



4 - IL PROFILO DEL WELFARE D'ACCESSO DELLE SINGOLE AZIENDE SANITARIE

Scheda informativa di dettaglio:

1. A.S.L. NA2
2. A.S.L. NA1
3. A.S.L. AV
4. A.S.L. BN
5. A.S.L. CE
6. A.S.L. NA3
7. A.S.L. SA

Premessa

Le modalità di compilazione da parte dei coordinatori sociosanitari della scheda di ricognizione per la raccolta dei dati sul modello di accesso ai servizi socio-sanitari (P.U.A.) e la presenza dei referenti sociosanitari dei Distretti ai focus di approfondimento (ripostati nella tabella a margine) non sono stati equivalenti per tutte le 7 Aziende Sanitarie, determinando, di conseguenza, una differenziazione nelle categorie delle informazioni di dettaglio acquisite dall'attività di ricognizione per le singola A.S.L..

La difformità della partecipazione dei referenti sociosanitari dei Distretti Sanitari al focus organizzato per la propria azienda può essere una chiave di lettura per evidenziare pregi e difetti dell'assetto organizzativo e gestionale, in termini di capacità relazionale e di coinvolgimento, del management di coordinamento sociosanitario aziendale ai processi e ai percorsi di ridefinizione di modelli gestionali ed organizzativi, che ricadono direttamente sul lavoro degli operatori distrettuali.

La corretta compilazione della scheda di ricognizione dei dati sulla P.U.A. (secondo le indicazioni contenute nelle indicazioni alla compilazione trasmesse ai coordinatori sociosanitari insieme alla scheda), quanto piuttosto la corrispondenza dei dati inseriti e trasmessi con la realtà distrettuale rilevata nei focus, può essere, invece, una chiave di lettura per evidenziare, non solo il livello di presidio del coordinamento sociosanitario, ma anche il livello di attenzione riservato alle attività di monitoraggio dei dati, sulla quale c'è ancora una scarsa capacità di investimento per l'acquisizione di competenze specifiche.

Ciò premesso, di seguito sono riportate, sotto forma di schede/verbale, le informazioni più significative rilevate per singola A.S.L. nell'attività di ricognizione della P.U.A. svolta nel mese di ottobre. Si precisa, altresì, che gli elementi conoscitivi riportati sono riferiti prevalentemente all'attività di ricognizione svolta attraverso i Focus, i quali, come detto precedentemente, ai fini dell'indagine sono risultati uno strumento valido, anche se, al contempo, complicato di rilevazione del processo. I dati rilevati attraverso la scheda di ricognizione ed utilizzati per accompagnare i focus sono risultati, però, statisticamente poco significativi e scarsamente attendibili per una analisi specifica ma anche per una elaborazione.



Tabella riepilogativa dei partecipanti ai Focus

A.S.L.	n. Distretti Sanitari	n. Partecipanti	n. Partecipanti in %
Avellino	6	1	16,7
Benevento	5	2	40,0
Caserta	12	12	100,0
NA1 Centro	11	2	18,2
NA2 Nord	13	11	84,6
NA3 Sud	12	1	8,3
Salerno	14	9	64,3
Totale⁹	74	38	51,4

⁹ Si precisa che, come per altre azioni di raccolta dati svolta in precedenza nell'ambito delle attività del POAT Salute RC, la configurazione dei Distretti Sanitari non coincide a quanto previsto negli atti Regionali, dai quali si evince che i DS sono n.72, mentre, dalla rilevazione effettuata per la ricognizione della PUA i DS attualmente presenti sono n. 74: di cui 1 presso l'A.S.L. Napoli 1Centro ed 1 presso l'A.S.L. di Salerno.



A.S.L. Napoli 2

L'A.S.L. ha recepito la DGRC n. 790/12, con la Delibera aziendale n. 348/2013, che definisce un percorso omogeneo ed uniforme a livello aziendale, ed ha compilato sia la I Parte che la II Parte, secondo il livello di recepimento attuativo dei singoli distretti sanitari, la scheda di ricognizione dei dati P.U.A..

L'A.S.L. NA 2 Centro, in termini di numero di partecipanti al focus, è stata, insieme a quella di Caserta, quella più presente. La compilazione della scheda di ricognizione dei dati P.U.A. è stata comunque abbastanza confusa, sintomatica, probabilmente, della situazione che l'A.S.L. sta vivendo. L'A.S.L. ha, infatti, ereditato due diverse modalità ed approcci organizzativi e metodologici per effetto dell'accorpamento di alcuni Distretti Sanitari dell'ex Na 3 Centro e dell'ex Na 2:

- per l'ex Na 3 la P.U.A. è strutturata in un unico Punto di Accesso centralizzato. In particolare per la DS 37 la P.U.A. è integrata nelle U.V.I.. In generale per i DS dell'ex Na3 è abbastanza forte l'integrazione con il Sociale. Il referente sociosanitario DS è presente (soprattutto per il DS n.37 - Giuliano) nell'Ufficio di Piano, con una calendarizzazione di incontri settimanali. La P.U.A. è prevalentemente presieduta, per i Distretti Sanitari, dai MMG mentre, per il Sociale, sono figure quali quelle del Sociologo e dell'Assistente Sociale dei Comuni a svolgere tale funzione;
- per l'ex Na 2 la funzione P.U.A. è svolta, invece, da più punti di accesso, individuati nelle diverse UU.OO. ed è molto meno più "strutturata" in esse rispetto all'esperienza maturata nei DS dell'ex-A.S.L. NA 3.

Dall'intervista realizzata durante il focus con i referenti sociosanitari intervenuti, è emerso che il completamento dell'iter di recepimento delle indicazioni contenute nelle linee operative P.U.A. (DGRC n. 790/12) è vincolato all'iter di approvazione dell'atto aziendale da parte della Regione Campania.

La mancata approvazione dell'atto aziendale ha determinato una organizzazione precaria, che ostacola i processi di ridefinizione del lavoro operativo e l'individuazione del personale e delle relative responsabilità, ossia la presenza di un organigramma. Nello specifico, va anche precisato, però, che l'atto aziendale non prevede i profili riferibili alla P.U.A. e all'U.V.I., ossia un collegamento esplicito ad un'Unità Operativa specifica, di cui i referenti sentono invece il bisogno, e neppure, a livello aziendale, è previsto un organigramma dedicato alle funzioni P.U.A. e U.V.I.. L'iter di formalizzazione per il recepimento delle linee operative P.U.A. deliberato dalla Regione Campania, non si rende però neppure esplicitamente necessario per l'A.S.L. NA2, in quanto già sono stati approvati una serie di atti. In particolare si fa riferimento ai regolamenti sottoscritti con gli Ambiti Territoriali che risultano in linea con le indicazioni contenute nella DGRC n. 790/12, anche se la sottoscrizione in molti casi è antecedente alla data di pubblicazione della stessa. Sono comunque in fase di completamento tutte le procedure per dare attuazione agli accordi intercorsi con gli Ambiti Territoriali. Con gli Ambiti Territoriali, infatti, il modello da implementare e/o da potenziare è stato sviscerato negli Accordi di Programma sottoscritti per il nuovo Piano di Zona presentato entro il 16 settembre 2013.

La situazione, pertanto, allo stato della rilevazione si presenta nettamente in progress. L'intenzione è quella che, a partire dalle esperienze maturate sui singoli Distretti Sanitari dell'A.S.L., la prospettiva di ri-



organizzazione va verso la direzione di ridurre la disomogeneità territoriale, fortemente presente nell'A.S.L. Na 2. In questa ottica l'attenzione del processo di reingegnerizzazione delle P.U.A. attive è rivolta prevalentemente:

- ad omogeneizzare le funzioni della P.U.A.;
- a sistematizzare il percorso della P.U.A.;
- amplificare le funzioni di accesso con la diffusione di più Punti di Accesso, omogenei per funzioni e per procedure
- alla condivisione delle procedure operative / U.V.I..

Non è intenzione del coordinamento sociosanitario aziendale, però, adottare un nuovo regolamento sociosanitario per la P.U.A., soprattutto in virtù delle oggettive difficoltà dell'iter di formalizzazione da parte dei Comuni degli Ambiti Territoriali. Piuttosto si intende condividere ed adottare un documento delle "Procedure operative", che definisca chi fa cosa dove e perché, che include anche indicatori propri della Carta dei Servizi, ossia di una sorta di guida informativa, improntato, però, per essere un uso più interno che esterno, quale strumento di lavoro ad utilizzo degli operatori. Concludendo, l'orientamento dell'A.S.L. è quello che va verso un consolidamento delle funzioni e della struttura P.U.A. dei singoli DS, introducendo il concetto di "sistema P.U.A." ed introducendo dei correttivi di miglioramento dell'attuale modalità procedurale ed operativa.

Per il coordinatore sociosanitario dell'azienda nel processo di rafforzamento e potenziamento della P.U.A. "è fondamentale lavorare sulla relazione, ossia sulla costruzione e sul mantenimento della rete informale di relazioni e collaborazione". Resta ferma, però, l'intenzione di lasciare spazio all'autonomia organizzativa dei singoli Distretti, sia per la carenza di risorse, le quali vanno valorizzate e potenziate, sia per la specificità dei territori dei Distretti abbastanza difforni tra loro.

L'attività realizzata per l'adeguamento del modello esistente ad un sistema P.U.A. è stato:

- ricognizione della situazione territoriale, con la necessità dell'individuazione "di un modello", come momento interno di verifica delle criticità delle procedure attualmente adottate;
- realizzazione di tavoli di lavoro con i referenti U.V.I. per la definizione di un documento unico delle procedure operative e comunicative, da proporre per l'adozione formale e la condivisione;
 - strutturazione del percorso formativo di aggiornamento degli operatori, da avviare per dicembre 2013.

La P.U.A. , ad oggi, è un sistema governato da più Punti di Accesso, "diversificati e settorializzati", non necessariamente strutturati in un unico luogo e con modalità procedurali, spesso, difforni ma *tendenti* all'omogeneità con l'adozione di strumenti di accesso e procedure condivise. La P.U.A. è sovrintesa da un unico punto di coordinamento. Tale livello di coordinamento sociosanitario composto dal coordinatore dell'UDP, per il sociale, e dal referente sociosanitario del Distretto Sanitario, per il Sanitario, sovrintende sia il percorso della P.U.A. sia U.V.I...Di norma è il Comune che partecipa agli incontri di coordinamento presso il DS.

Il coordinamento centrale così congiunto tra P.U.A. e U.V.I. limita il rischio di sovrapposizione tra le funzioni / servizi tra P.U.A. e U.V.I., che spesso sono sovrapposte e sovrapponibili. Questo modello snellisce le procedure e limita i tempi di recepimento della domanda, l'accesso e la risposta.

L'URP è inserito nel sistema ma la sua funzione è limitata a fornire le informazioni per orientare il cittadino in maniera appropriata. Secondo i referenti intervenuti al focus, è importante che i punti di accesso



non svolgano solo un semplice smistamento della domanda, ma dovrebbero anche qualificare il livello di decodifica della domanda, acquisendo una serie di informazioni sul cittadino, attraverso una scheda di accesso più complessa e capace di raccogliere più informazioni. Questo per evitare che dopo l'accesso, all'utente preso in carico dall'U.V.I. e/o da altri servizi non debbano essere richieste una serie di informazioni, che invece possono essere, appunto, raccolte in sede di accesso e dunque dalla P.U.A..

Il progetto di formazione elaborato ed in procinto di essere attivato secondo una metodologia di tipo "laboratoriale", ossia on the job, integrato con la presenza del sanitario e del sociale.

La struttura dovrebbe essere la seguente:

- Momenti comuni a livello aziendale, in plenaria, e momenti distrettuali solo con tra gli operatori (2gg. – 30 partecipanti e 2 formatori) con restituzione dei lavori "distrettuali" in plenaria, al termine di tutti i percorsi distrettuali.

Livello di attuazione

Rispetto alle indicazioni contenute nella DGRC n. 790/12, il processo della Porta Unica di Accesso rilevato nell'attività di indagine presenta i seguenti elementi:

- buon livello di recepimento formale della DGRC n. 790/12
- attivazione del processo di Integrazione tra Sociale e Sanitario su tutte le aree di intervento/bisogno
- Mancanza di una diffusione conforme e coerente dei Punti di accesso nel territorio (1/10.000 circa) e settorialità dei punti di accesso, che anche nelle intenzioni di ridefinizione del sistema mantengono le stesse caratteristiche
- programmazione di un percorso di Formazione/aggiornamento del personale dedicato per la formalizzazione dell'organigramma (collegato all'idea di modello che prevede diversi Punti di Accesso / funzioni – i DS entro la data di avvio della formazione devono indicare un proprio organigramma)
- proposta dell'utilizzo di una scheda di accesso uniforme (*non ancora in uso quella aggiornata con una serie di informazioni, ma è stata elaborata e farà parte del percorso di formazione e delle procedure operative*). La modalità proposta per l'utilizzo della scheda di accesso: dopo la compilazione cartacea viene trasmessa al coordinamento sociosanitario e all'U.V.I., se il bisogno è complesso, mentre viene trasmesso al Comune di residenza, se il bisogno è solo Sociale o all'U.O. se il bisogno sanitario. La stessa procedura avviene da parte del Sociale, anche se il percorso non è ancora del tutto formalizzato e consolidato. Si rende necessario, infatti, individuare e condividere delle procedure operative univoche che stabiliscono tra le altre cose anche le modalità comunicative.
- I MMG risultano una preziosa risorsa poiché abbastanza collaborativi e partecipi, anche se con differenziazioni per singoli DS;
- Buon livello di Coordinamento centrale con funzioni di raccordo con tutti i DS;
- Assenza di un Sistema informatico socio-sanitario in rete e condiviso tra il sociale ed il sanitario
- Potenziamento delle azioni di monitoraggio e valutazione – che prevalentemente viene effettuato solo con il LeaSocioSan.



PRASSI

Nell'ambito del Progetto CCM del Ministero della Salute, condotto con la Regione Campania, si rappresenta l'esperienza della P.U.A.D – Porta Unica di Accesso Disabili – del Distretto 47 – Casoria. L'esperienza è stata rappresentata positivamente. Nel progetto è stata coinvolta l'Assistente Sociale del Comune, che ha favorito la sperimentazione di percorsi condivisi.

Per il Distretto 44, si rappresenta, invece, l'esperienza dello Sportello Unico della Salute, ben collegato con i Comuni.



A.S.L. NApoli1 Centro

L'A.S.L. Na1 Centro ha solo formalmente la DGRC n. 790/12 con la Determina n. 1048 del 28/06/2013 ed ha, pertanto, compilato la II Parte della scheda di ricognizione dati P.U.A..

La partecipazione al focus non ha visto la presenza di alcun referente distrettuale, ma solo di personale incardinato nel livello aziendale.

Dai dati e dalle informazioni raccolte si evince che l'A.S.L. Na1 ha un sistema di accesso ai servizi abbastanza uniforme sui singoli Distretti Sanitari, seppur con qualche differenza dovuta all'autonomia organizzativa distrettuale, che prevede diffusi ma differenziati e "settorializzati" punti di accesso territoriali, con competenza specifica per singole aree d'intervento. I punti di accesso territoriali svolgono, dunque, omogeneamente ed uniformemente funzioni sia di accesso che specifiche rispetto alla propria specifica competenza. L'accesso ai servizi è, infatti, assicurata attraverso la consueta e consolidata rete di servizi attivata sia a livello sanitario (MMG, U.O. Distrettuali) che sociale (Centri Servizi Municipali, Servizi Sociali delle Municipalità), con modalità di relazione e comunicazione che si sviluppa tanto su un piano formale che informale. Non sono presenti, pertanto, servizi di accesso dedicati specificatamente ed unicamente a tale funzione. In questo sistema di welfare di accesso, il cittadino si rivolge direttamente ai vari soggetti pubblici che erogano prestazioni sociali e sanitarie, ricevendo le informazioni necessarie per accedere al servizio e, solo se necessario, viene inviato e/o segnato ad altro servizio che si ritiene competente per il caso. Nel caso di bisogno complesso sociosanitario, infatti, la richiesta – proposta di accesso – dal punto di accesso al quale l'utente si è rivolto viene trasmessa alla P.U.A.T. La P.U.A.T, composta da un assistente sociale e da un amministrativo (definito "imputatore dati"), è un servizio a gestione esternalizzato, ossia affidata ad un soggetto del terzo settore, che si è occupata prevalentemente di cure domiciliari e solo dal 2012 anche di prestazioni residenziali e semiresidenziali, ovvero delle prestazioni che prevedono una compartecipazione economica tra il sociale ed il sanitario, come stabilito da precisi atti sottoscritti soprattutto con il Comune di Napoli. "Le P.U.A.T" sono attualmente 10, di cui 5 ubicate presso i Distretti Sanitari e 5 presso le Municipalità, secondo un protocollo d'intesa sottoscritto con il Comune di Napoli, in modo tale da ricoprire tutti i 10 Distretti/Ambiti in cui è articolata Città di Napoli.

La P.U.A.T svolge dunque solo attività di back-office, occupandosi prevalentemente dell'istruttoria della proposta di accesso proveniente dai vari punti di accesso (quali i MMG, le U.O. distrettuale, i servizi sociali delle Municipalità). Il servizio non si occupa, pertanto, di attività di front-office, ossia del rapporto con i cittadini ma il suo compito è quello di verifica delle modulistica – proposta di accesso – e di convocare l'U.V.I., in base ad un calendario delle riunioni U.V.I., stabilito per aree di bisogno prevalenti. Fondamentalmente questo servizio svolge una funzione di coordinamento centrale, simile a quella descritta nella DGRC n. 790/12 nell'indicazione di un modello organico di sistema P.U.A., favorendo e garantendo un raccordo con le U.V.I., per i bisogni complessi, e con gli altri servizi, per bisogni semplici e/o solo sanitari, anche se le sue competenze appaiono troppo limitate rispetto alle esigenze di governo del sistema. Solo là dove il punto di accesso al quale il cittadino si è rivolto, infatti, non è stato in grado di fornire una risposta la proposta di accesso arriva alla P.U.A.T. Dal 2002 "la P.U.A.T si è evoluta in maniera lineare ma non dinamica" e solo dal 2012, con la Del. 50/12, si sono allargate le prestazioni al residenziale e al



semiresidenziale.

I punti di accesso diffusi sul territorio dell'A.S.L. NA1 non sono strutturati e codificati esclusivamente come tali, ossia come servizio che svolge una funzione di raccordo e di snodo per favorire l'accesso ai servizi e non costruire un sistema uniforme ed omogeneo di welfare di accesso cittadino, come individuato nel modello organico indicato nelle linee d'indirizzo P.U.A.. Sostanzialmente la funzione di accesso ai servizi è garantita dal Distretto, attraverso le varie U.O., ed è finalizzata prevalentemente a favorire l'accesso verso uno unico e specifico servizio (ad esempio: l'anziano si rivolge all'U.O. Anziani del Distretto per richiedere l'ADI). Il cittadino, secondo quanto indicato dai referenti dell'A.S.L. Na 1, generalmente è già orientato ed in possesso di una prima informazione che gli consente di rivolgersi direttamente al servizio appropriato rispetto al proprio bisogno. Ossia è in grado di "autovalutarsi". Solo nel caso in cui la richiesta risulti inappropriata rispetto al bisogno espresso, ovvero all'autovalutazione di I livello, il punto al quale il cittadino si è rivolto attiva, informalmente o formalmente a secondo della complessità del caso, la rete dei servizi.

La scheda di accesso, denominata Proposta di Accesso, è unica per tutti i Distretti Sanitari ed è condivisa da tutti i soggetti che accolgono la richiesta di accesso ai servizi. Tale scheda è uguale alla scheda di accesso allegata alla DGRC n. 790/12. L'A.S.L. Na1 ha adottato, oltre alla scheda di accesso unica e condivisa (proposta di accesso) anche una Cartella Unica dell'Utente (PAI/cartella U.V.I.), in formato cartaceo, che contiene indicatori anagrafici, sociale ed economici. La cartella è stata progressivamente e parzialmente, con differenziazioni per singolo Distretto, sostituita dall'utilizzo della S.Va.Ma e della S.Va.M.Di., almeno per le parti coincidenti. I referenti intervenuti all'incontro hanno dichiarato, in merito al modello organico di P.U.A. indicato della DGRC n. 790/12, che *"il punto di accesso è solo una funzione che deve essere svolta da vari soggetti: MMG; Servizi Sociali Comunali; dalle U.O. del Distretto e non può essere incardinata in uno specifico punto fisico, seppur dislocato sul territorio, ma deve essere svolta da vari attori, poiché la realtà di Napoli per quanto articolata e complessa consente però ai cittadini di rivolgersi direttamente ai servizi di cui hanno necessità"*. E' stato ribadito, inoltre, dai referenti intervenuti al focus che il percorso deve essere unico tra P.U.A.T e U.V.I., seppur con la suddivisione per fasi di lavoro ben strutturate e consequenziali.

Le U.V.I. sono composte da un nucleo fisso (coordinatore sanitario distrettuale, autorizzato alla spesa, e dal coordinatore sociale, delegato alla spesa e nominato dall'Ambito Territoriale/Municipalità) e da un nucleo variabile (MMG e altre figure specialistiche secondo il caso).

Gli uffici sociosanitari del Distretto, di staff al direttore del Distretto, diretti da un referente sociosanitari, partecipano all'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale o delle Municipalità, per il Comune di Napoli. Non hanno un ruolo diretto nella P.U.A.T né nell'U.V.I.. Gli uffici sociosanitari si occupano però del bisogno sociosanitario complesso, ossia delle prestazioni complesse sociosanitarie ma che non prevedono una compartecipata economica diretta e che non richiedono la convocazione delle U.V.I..

L'A.S.L. ha espresso la forte necessità del Sistema Informativo in rete connesso con il settore sociale, legato all'anagrafe degli assistiti ed agganciato all'anagrafe comunale, in maniera da tracciare un percorso assistenziale e clinico, disponibile da tutti i soggetti coinvolti compresi i MMG. Tale sistema limita la richiesta frammentata delle informazioni e la parzialità delle informazioni di ciascun soggetto. Un altro elemento è costituito dalla valorizzazione e dal potenziamento delle funzioni attraverso la realizzazione e la distribuzione di una "Carta dei servizi" dettagliata – mappatura dei servizi; Ridistribuzione del personale dal centro verso le periferie.



Livello di attuazione

Rispetto alle indicazioni contenute nella DGRC 790/12, il processo della Porta Unica di Accesso rilevato nell'attività di indagine presenta i seguenti elementi:

- Scarso livello di recepimento formale della DGCR n. 790/12
- Difficoltà di attivazione del processo di Integrazione tra Sociale e Sanitario su tutte le aree di intervento/bisogno
- Buona diffusione dei Punti di accesso sul territorio (1/10.000 circa). I punti di accesso però restano settoriali, anche nelle intenzioni di ridefinizione del sistema mantenendo le stesse sostanziali caratteristiche
- Programmazione di un percorso di Formazione/aggiornamento del personale dedicato
- Nessun riferimento all'organigramma collegato all'idea di modello che prevede diversi Punti di Accesso / funzioni
- Utilizzo uniforme della scheda di accesso – proposta di accesso -
- Nessun riferimento specifico ai MMG
- Buon livello di coordinamento centrale, con funzioni forti di raccordo con tutti i Distretti Sanitari;
- Assenza di un sistema informatico socio-sanitario in rete e condiviso tra il sociale ed il sanitario
- Potenziamento delle azioni di monitoraggio e valutazione



La DGRC n. 790/12 è stata recepita a livello aziendale con la Delibera n. 95 del 25/01/2013. La Delibera aziendale di recepimento delle Linee Operative P.U.A. demanda ai singoli Distretti gli atti consequenziali di recepimento specifico e per l'attuazione. La compilazione, infatti, della scheda di ricognizione ha riguardato sia la I parte che la II Parte.

Allo stato attuale la situazione è la seguente:

- DS 1 e DS 3 recepimento formale ed attuativo
- DS 2, DS 4 e DS 5 in corso di recepimento – il DS 5 ha compilato parzialmente la I parte e parzialmente la II – si resta in attesa di ricevere i dati coerenti
- DS 6 nessun recepimento

La partecipazione al focus ha visto la presenza di un solo referente distrettuale ed il focus si è centrato prevalentemente sulle informazioni riportate dalla coordinatrice sociosanitaria.

In generale la situazione dell'A.S.L. è abbastanza complessa e diversificata tra i singoli Distretti Sanitari, in relazione soprattutto all'adeguamento strutturale ed organizzativo alla DGRC n. 320/12, recepita con Decreto Commissariale n. 81/12, che ha determinato una nuova configurazione territoriale per la corrispondenza tra Distretti Sanitari e Ambiti Territoriali (AT). I conflitti e le problematiche interne agli Ambiti Territoriali, in speciale modo, stanno determinando rallentamenti nel processo di implementazione, adeguamento e/o potenziamento del sistema del welfare di accesso, che in alcuni casi però non è comunque assolutamente presente o almeno non è formalizzato e strutturato con procedure condivise tra il Sociale ed il Sanitario.

Va sottolineato, comunque, che è ancora in vigore un Regolamento per l'accesso e per la presa in carico sottoscritto nel 2011 a livello provinciale congiuntamente con tutti gli ex-AT e che riguarda sia la P.U.A. e l'U.V.I., nel quale sono richiamate, inoltre, le indicazioni operative contenute nella DGRC n. 41/11 e tutta la normativa pregressa in materia di integrazione socio-sanitaria.

L'area d'intervento Dipendenza e Disabilità Mentale sono quelle che presentano una forte resistenza ad entrare nel sistema P.U.A. ed U.V.I.. Entrambe sono strutture dipartimentali e non distrettuali, con una organizzazione che ha difficoltà ad intervenire nell'integrazione socio-sanitario, ma tanto da un punto di vista di determinazione della compartecipazione economica in sede U.V.I.. quanto piuttosto di intervento progettuale congiunto.

Secondo l'esperienza riportata dall'A.S.L., l'accesso ai servizi socio-sanitari è maggiormente sbilanciato sul sanitario e sugli operatori sanitari, poiché il sanitario è in grado, storicamente, di decodificare anche il bisogno sociale e non viceversa. Ecco perché i punti di accesso della P.U.A. devono essere ubicati, prevalentemente e preferenzialmente, presso sedi distrettuali e non presso i Comuni. In particolare la figura dell'assistente sociale, che è la più diffusa nell'ambito dell'accesso ai servizi sociali, non è in grado di leggere il bisogno sanitario se non in termini molto sommiari.

Anche la formazione specifica è centrata sempre solo sui processi e non sui contenuti specifici. I MMG, almeno allo stato attuale, provvedono alla compilazione della scheda S.Va.Ma. e S.Va.Mdi., spesso con invio a mezzo via fax, ma non partecipano alla discussione, ovvero non c'è un confronto reale sul caso.



PRASSI

Il Distretto Sanitario 3, intervenuto al focus, è stato presentato, tra i Distretti dell'A.S.L. di Avellino, come quello con un'esperienza di P.U.A. più evoluta rispetto al modello organico indicato nella DGRC n. 790/12. E' stato, infatti, rilevato che i Punti di Accesso sono presenti ed ubicati in una specifica sede e non sono settorializzati, anche se non c'è una identificazione della sede della P.U.A. che consenta all'utente di individuare il servizio. Questo è stato rilevato come un elemento che denota una carenza di comunicazione sulla quale il Distretto intende investire consapevole della sua importanza.

L'informazione ed orientamento di 1° livello, con risposte immediate ai bisogni semplici, sono garantite presso ciascuno dei 25 Comuni del Distretto/Ambito A3 da parte degli operatori del Piano di Zona. Lo stesso dicasi per i 3 punti URP del Distretto (Presidio di Sant'Angelo dei Lombardi - Montella - Calitri) e per gli Ambulatori Infermieristici di Nusco e Lacedonia (situato presso il Comune) dove l'attività è assicurata da operatori sanitari.

Le attività della P.U.A., pertanto, sono:

integrate, con personale sia Distrettuale (A.S.L.) sia di Ambito Territoriale (PdZ);

svolte, oltre che presso i servizi di base, anche presso altre sedi distrettuali come quelle di Sant'Angelo dei Lombardi, Montella e Calitri, nonché presso il Centro Diurno per Anziani di Lioni.

E' in uso un'unica scheda di accesso che è uguale a quella allegata alle linee operative P.U.A..

E' presente l'organigramma che definisce "chi fa cosa"

Ciascun Comune ha attivi dei "punti informativi" (e non, però, dei Punti di Accesso) collegati ai punti di accesso della P.U.A., fondamentalmente, attraverso l'Assistente Sociale che partecipa all'U.V.I.. Con le Assistenti Sociali dei Comuni c'è un rapporto comunque costante di collaborazione. Un esempio è un recente progetto inerente il rinnovo del ticket per gli anziani che è stato realizzato presso tutti i Comuni per agevolare i cittadini anziani.

In forza di una ragione storica, i consultori familiari sono molto forti nell'interazione con il Sociale, che è spesso sostenuta da rapporti di collaborazione anche informali, seppur spesso anche conflittuali.

Relativamente all'area minori, è stato evidenziato che fungono da filtro prevalentemente i Consultori Familiari del Distretto, appunto, che hanno sul territorio una storia consolidata di buon funzionamento e che sono anche molto radicati in un rapporto di fiducia con l'utenza.

Il ricorso ai servizi dei Consultori familiari (n.3: Lioni – Sant'angelo dei Lombardi e Montella – Bisaccia e Caledri, solo punto vaccinale) è molto forte da parte delle famiglie, che sono informate perfettamente sui servizi che eroga. La popolazione, in generale, risulta informata sui servizi e si rivolge direttamente al servizio che svolge sia un attività di filtro che di erogazione delle prestazioni.

Sono state condotte con successo anche una serie di altre sperimentazioni su progetti a forte integrazione con il Sociale in aree di intervento diverse da quelle individuate dal DPCM, come ad esempio il progetto sulle vaccinazioni BBS che ha previsto anche una presa in carico, attraverso la compilazione di una scheda specifica, dei casi più problematici.



Il Parte – Mancato recepimento – Risultati

DS 2 - Nuova costituzione sia del Distretto Sanitario che dell'Ambito Territoriale;

Sconta un forte ritardo per una serie di conflitti tra i Comuni i quali hanno fatto ricorso al TAR;

DS 4 - Ha subito un "alleggerito", per la sottrazione di 7 Comuni, e si presenta anch'esso molto conflittuale soprattutto nel rapporto con nuovo Distretto Sanitario 2. Anche l'AT è di Nuova costituzione per aggregazione del A3 e A4. Comunque non si riscontra alcuna esperienza di P.U.A..

DS 5 – ha dichiarato di aver avviato il percorso di recepimento, evidenziando che solo per la Salute Mentale, essendo una UOS ubicata nel Distretto, è facilitata la collaborazione, che si sviluppa su un piano più informale che formale, poiché la vicinanza fisica favorisce anche la collaborazione.

DS 6 - rappresenta problematiche con il Sociale (AT 6 – ex - A1). Solo alle U.V.I. partecipa un delegato alla spesa per i Comuni.

Livello di attuazione/integrazione

Rispetto alle indicazioni contenute nella DGRC n. 790/12, il processo della Porta Unica di Accesso rilevato nell'attività di indagine presenta i seguenti elementi:

- Recepimento formale della DGRC n. 790/12
- Difficoltà di attivazione del processo di Integrazione tra Sociale e Sanitario su tutte le aree di intervento/bisogno e su tutti i territori locali a causa soprattutto della ridefinizione degli Ambiti Territoriali
- Scarsa e disomogenea diffusione dei Punti di accesso nel territorio (1/10.000 circa). I punti di accesso restano settoriali e prevalentemente incardinati nelle UU.OO. distrettuali
- Nessuna riferimento alla formazione/aggiornamento del personale dedicato
- Nessun riferimento all'organigramma collegato all'idea di modello che prevede diversi Punti di Accesso / funzioni
- Nessun riferimento all'utilizzo uniforme della scheda di accesso
- Nessun riferimento specifico ai MMG
- Difficoltà del livello di coordinamento centrale a presidiare i processi attuativi distrettuali
- Assenza di un Sistema informatico socio-sanitario in rete e condiviso con il Sociale
- Potenziamento delle azioni di monitoraggio e valutazione



A.S.L. Benevento

La Del. Regionale n. 790/12 è stata recepita a livello aziendale con la Del. A.S.L. n. 80 del 6/5/2013. La delibera aziendale di presa d'atto della DGRC n. 790/12, prevede, in prima istanza, la piena applicazione ed operatività delle linee d'indirizzo regionali P.U.A. presso soli due Distretti, senza però individuare quali Distretti ed i criteri per tale individuazione. La Delibera aziendale prevede, inoltre, l'individuazione di un dirigente per la ri-organizzazione del sistema P.U.A..

Si evidenzia che per il Distretto Sanitario 10 non sono pervenuti i dati.

La partecipazione da parte dei referenti sociosanitari distrettuali è stata abbastanza buona (3 su 5). Dalle informazioni rilevate si evince, pertanto, che allo stato attuale è stato avviato un processo di recepimento solo formale della DGRC n. 790/12 e che è, inoltre, anche solo parziale.

Relativamente, invece, al processo di accesso attivo nell'A.S.L., si è evinto che l'URP, con delibera aziendale, dal 2007 ha incorporato anche l'U.O. distrettuale socio-sanitaria, ossia che lo stesso dirigente dell'URP svolge entrambe le funzioni e ricopre lo stesso ruolo di URP e referente sociosanitario distrettuale. L'URP, pertanto, svolge anche la funzione di Punto di Accesso Distrettuale per le prestazioni socio-sanitarie e non solo funzioni d'indirizzo, d'informazione e di orientamento.

Di fatto, però, nella pratica quotidiana gli utenti si rivolgono prevalentemente alle U.O. specifiche di competenza, che non erogano solo le prestazioni sanitarie ma che accolgono anche la richiesta direttamente dagli utenti ed istruiscono la proposta di accesso al loro stesso servizio.

Nell'A.S.L. Benevento tutto il sistema di accesso alle prestazioni socio-sanitarie è regolamentato dal recepimento del Decreto del Commissario ad Acta n. 49/10. Il 30/05/2012 e' stato stilato un regolamento per l'accesso e l'erogazione dei servizi socio-sanitari, che all'art. 6 prevede l'istituzione formale della P.U.A., ai sensi DGRC n. 50/12. La DGRC n. 50/12 impone, infatti, alle A.S.L. e agli AT di organizzare il sistema di accesso, con regolamento e convenzione, recependo tutta la normativa in materia di integrazione socio-sanitaria. Quindi è stato sottoscritto un regolamento di accesso ai servizi nonché sono stati istituiti, ai sensi delle citate norme, gli uffici socio-sanitari.

Dalla rilevazione emerge che non c'è un "governo unitario" del processo e del percorso di accesso e presa in carico. Il problema rilevato non è tanto sul piano formale e/o di adozione di atti e strumenti, quanto piuttosto operativo ed organizzativo, in quanto tutti i Distretti hanno sottoscritto con i rispettivi Ambiti Territoriali regolamenti e/o protocolli procedurali che, però, non riescono ad essere attuati pienamente per una serie di motivi sia dovuti ad una carenza di risorse economiche, soprattutto da parte del sociale, che dalla debolezza dell'indirizzo del management aziendale.

Relativamente all'adozione di una scheda di accesso unica, l'A.S.L. fa riferimento ad una scheda di accesso elaborata sul modello previsto dalla DGRC n.41/11, che è stata estesa a tutte le prestazioni socio-sanitarie e non solo a quelle delle cure domiciliari.

Attualmente i punti di accesso restano incardinati presso le U.O. Distrettuali, almeno per il Sanitario. Solo il Distretto n. 11 ha indicato che i Punti di Accesso sono presenti in ciascun Comune dell'Ambito Territoriale e presso le U.O. A tal proposito il coordinatore sociosanitario ha espresso perplessità sulla questione.



La P.U.A. resta fundamentalmente settoriale, poco strutturata e disomogenea, che si sviluppa soprattutto su un piano informale di relazioni e rapporti di collaborazione personali tra i vari operatori dei servizi e non secondo procedure operative standardizzate, condivise ed uniformi tra i singoli Distretti, che garantirebbero un maggior governo del sistema. Sono state rilevate anche resistenze al cambiamento e all'introduzione di correttivi capaci di individuare percorsi per step condivisi tra i vari attori del Sociale e del Sanitario. La formazione non è stata realizzata ma è stato anche evidenziato che "il personale impiegato è già in possesso di competenze sociosanitarie" e che la formazione è una formazione "sul campo", non formalizzata come corso formativo specifico.

In relazione all'organigramma è stato rilevato che esso anche in una riconfigurazione "ricalca quello già esistente nel passato – ossia è traslato".

Livello di attuazione

Rispetto alle indicazioni contenute nella DGRC n. 790/12, il processo della Porta Unica di Accesso rilevato nell'attività di indagine presenta i seguenti elementi:

- Parziale recepimento formale della DGRC n. 790/12
- Difficoltà di attivazione del processo di Integrazione tra Sociale e Sanitario su tutte le aree di intervento/bisogno e su tutti i territori locali a causa prevalentemente della ridefinizione degli Ambiti Territoriali
- Scarsa diffusione, conforme e coerente, dei Punti di accesso nel territorio (1/10.000 circa). I punti di accesso restano settoriali e prevalentemente incardinati nelle UU.OO. distrettuali
- Nessuna riferimento alla Formazione/aggiornamento del personale dedicato
- Nessun riferimento all'organigramma collegato all'idea di modello che prevede diversi Punti di Accesso / funzioni
- Nessun riferimento all'utilizzo uniforme della scheda di accesso
- Nessun riferimento specifico ai MMG
- Difficoltà del livello di coordinamento centrale a presidiare i processi attuativi distrettuali
- Assenza di un Sistema informatico socio-sanitario in rete e condiviso con il Sociale
- Potenziamento delle azioni di monitoraggio e valutazione



A.S.L. Caserta

L'A.S.L. Caserta, dalla rilevazione effettuata, risulta aver raggiunto un buon livello di recepimento delle linee operative regionali P.U.A., tanto da un punto formale che attuativo. Il recepimento formale è avvenuto il 15/01/2013 con la Delibera Aziendale n. 45 ed è in progress il processo di attivazione del sistema P.U.A..

La partecipazione al focus è stato molto consistente e ha permesso di arricchire molto la rilevazione, facendo emergere una serie di elementi e criticità estendibili a tutto il macro sistema sanitario e sociale.

L'implementazione della P.U.A. su ciascun Distretto è stato posto quale obiettivo di servizio dei Direttori di Distretto e dei referenti sociosanitari. Ad aprile 2012 l'Azienda ha predisposto gli atti di recepimento ponendo come termine ai Distretti il recepimento e l'avvio del percorso di costruzione del sistema di accesso a livello distrettuale entro settembre 2013, in coincidenza con la presentazione dei Piani di Zona e, dunque, con la nuova programmazione dell'offerta di servizi sociali e socio-sanitari. A tal proposito per l'A.S.L. di Caserta non si sono riscontrati particolari problemi nel rapporto con gli Ambiti Territoriali se non quelli relativi ai "fisiologici" limiti del settore sociale.

La formazione socio-sanitaria è stata realizzata nel 2012 di concerto con gli Ambiti Territoriali e con la partecipazione congiunta del coordinatore sociosanitario e del coordinatore dell'Ufficio di Piano di Zona. Alla formazione hanno partecipato tutti gli attori, a vario titolo, coinvolti nel processo di accesso ai servizi sul territorio. L'Organigramma non è stato ancora dettagliato su tutti i Distretti allo stesso modo, nel senso che per alcuni è molto più avanzato con l'individuazione non solo delle funzioni ma anche dei nominativi, garantendo un maggior contenimento del turnover dei referenti. Le maggiori difficoltà in tal senso si riscontrano nel Sociale dove l'instabilità e la discontinuità dell'offerta determina anche una difficoltà nel definire l'organigramma.

Descrizione del Sistema

Il cittadino si rivolge direttamente all'U.O. per l'accesso al servizio che, però, in questo processo di implementazione del sistema P.U.A., ha ricevuto un "riconoscimento" delle funzioni rispetto alla fase di accesso entrando nel sistema P.U.A. come Punti di Accesso.

E' stata recepita l'indicazione di individuare la funzione di coordinamento che, per l'A.S.L. di Caserta, è affidata al sanitario. In molti casi i Coordinatori delle U.V.I. svolgono anche la funzione di coordinatore della P.U.A., facendolo corrispondere al referente sociosanitario del Distretto.

Il Sociale, dal canto suo, pur nella difficoltà di individuare personale da dedicare alla P.U.A., ha però individuato le sedi, facendo un investimento sulla logistica ed individuando nel servizio di segretariato sociale e non nel servizio professionale sociale le funzioni di accesso.

Rispetto al sistema informativo, nell'AT C1 (comune capofila Caserta), si è avviata la sperimentazione di un sistema condiviso che potrebbe essere esteso a tutta l'A.S.L..

L'A.S.L. ha investito sull'utilizzo del sistema informativo "LeaSocioSan", che ad oggi viene utilizzato per l'inserimento costantemente per l'inserimento dei dati; infatti si rilevano molti più accessi rispetto ai servizi erogati.



E' stato anche, con Regolamento, individuato un livello di coordinamento aziendale, denominato "Comitato di Coordinamento dei Referenti P.U.A. ed U.V.I." per favorire l'omogeneità delle procedure ed il governo di tutto il sistema socio-sanitario.

Rispetto, invece, ai MMG è stato evidenziato un ruolo molto differente tra i vari Distretti ma che, comunque, è molto limitato e che spesso si attesta più su un rapporto informale, ossia non entrano formalmente nel sistema. Tra gli altri obiettivi che l'Azienda si è posta a breve c'è appunto quello relativo al potenziamento del livello di comunicazione proprio con i MM.M.G.

Gli altri obiettivi che l'azienda si è posta di raggiungere a breve sono:

- l'aggiornamento e la diffusione della Carta dei Servizi;
- la mappatura dei servizi e dell'offerta del territorio;
- il potenziamento della dotazione informatica e tecnologica.

Tra le problematiche, invece, che sono state fortemente segnalate ritroviamo:

- l'insufficienza del personale
- l'assenza del Sistema informatico per il governo del processo
- il potenziamento dei flussi comunicativi tra il sociale ed il sanitario.

Livello di attuazione

Rispetto alle indicazioni contenute nella DGRC n. 790/12, il processo della Porta Unica di Accesso rilevato nell'attività di indagine presenta i seguenti elementi:

- Buon livello di recepimento formale della DGRC n. 790/12
- Limitata difficoltà di attivazione del processo di Integrazione tra Sociale e Sanitario su tutte le aree di intervento/bisogno e su tutti i territori locali a causa della ridefinizione degli Ambiti Territoriali. C'è, infatti, un investimento costante da parte del management aziendale nel dialogo con i Comuni associati in Ambiti Territoriali. Nel processo complessivo di riorganizzazione del welfare d'accesso, sono stati programmati punti di accesso conformi a quelli indicati nelle linee d'indirizzo regionali. Ad oggi, però, si rileva una scarsa diffusione, conforme e coerente, dei Punti di accesso nel territorio (1/10.000 circa) che restano prevalentemente settoriali. Sono state indicate, infatti, tutte le funzioni previste dalla DGRC n. 790/12 per i punti di accesso, ma in realtà non sono ancora attivate visto che è in progress il recepimento attuativo della DGRC n. 790/12
- E' stato già realizzato, d'intesa con il sociale, un percorso di formazione/aggiornamento del personale da dedicare al welfare d'accesso
- Allo stato attuale si sta provvedendo a definire e/o completare, per alcuni Distretti, l'organigramma collegato all'idea di modello che prevede diversi Punti di Accesso / funzioni
- Previsto l'utilizzo uniforme di una scheda di accesso
- Difficoltà di collaborazione uniforme sul territorio dei MMG
- Buon livello di coordinamento centrale a presidiare i processi attuativi distrettuali
- Assenza di un Sistema informatico socio-sanitario in rete e condiviso con il Sociale, anche se si registrano alcune sperimentazioni
- Potenziamento delle azioni di monitoraggio e valutazione



A.S.L. Napoli 3

I dati raccolti con la scheda di ricognizione non sono risultati coerenti con la situazione attuale dell'A.S.L. riscontrata nel focus, che ha consentito con il confronto diretto di dirimere una serie di questioni. A Livello aziendale risultano atti di recepimento della DGRC n. 790/12 (Delibera n. 80 del 31/12/2013 Delibera n. 219¹⁰ del 30/04/2013) mentre risultano a livello distrettuale ma soprattutto in riferimento agli atti sottoscritti con gli Ambiti Territoriali. Presente al focus solo il DS n. 59.

A livello aziendale è stata emanata e diffusa ai Distretti una Delibera Aziendale di recepimento della DGRC n. 790/12 che demanda al livello distrettuale il successivo passaggio di recepimento e di attuazione, stabilendo anche i rapporti con l'Ambito Territoriale.

Il livello di recepimento e di attuazione da parte dei singoli Distretti Sanitari dell'A.S.L. Na3 è abbastanza diversificato e confuso. I Distretti Sanitari che risultano più avanti nel livello di recepimento di un modello organico di P.U.A. sono i n. 56, 58, 51 e 53 che hanno dichiarato un recepimento tanto formale che attuativo e di questi si segnala in particolare il 56 e 53 che rappresentano un livello più avanzato.

Per i distretti sanitari n. 48, 50, 51, 52 e 54 manca l'individuazione del Referente sociosanitario. La mancata nomina e/o individuazione del referente sociosanitario ostacola la ridefinizione del percorso di accesso alle prestazioni sociosanitari.

Per il DS n. 34 (Portici) non sono pervenuti i dati.

Per i DS n. 51, 54 (EX Napoli 4), n. 55 e 57 sono in atto diverse procedure operative non sempre standardizzate e formalizzate in regolamenti e protocolli.

Relativamente alle funzioni P.U.A., queste sono svolte prevalentemente dalle U.O. distrettuali che restano punti di accesso settoriali. Nel caso dell'A.S.L. Napoli 3 le UU.OO. svolgono anche la funzione, non solo di accesso, prima valutazione ed avvio del percorso di presa in carico, ma anche di convocazione dell'U.V.I, nel caso della verifica di un bisogno che è complesso ed è di natura sociosanitaria. Il referente Sociosanitario svolge, ad oggi, prevalentemente una funzione di supervisione del percorso. Per il 90% sono i MM.M.G. che orientano ed indirizzano i cittadini verso i servizi sanitari e si occupano di avviare il percorso di presa in carico, anche socio-sanitario. Tutto il sistema appare molto sbilanciato sul sanitario ed è affidato sostanzialmente ai MM.M.G. e alle UU.OO. distrettuali e non ad una funzione forte di coordinamento distrettuale integrato sul socio-sanitario, che risulta al termine di un percorso d'integrazione tra il sociale ed il sanitario e che interviene solo in alcuni casi e per funzioni di raccolta dei dati, che, però, sono difficili da reperire proprio per la centralità delle funzioni nelle UU.OO. anche per le prestazioni socio-sanitarie.

La P.U.A. attualmente è, infatti, prevalentemente sanitaria e non integrata con il sociale. L'integrazione è sostanzialmente affidata al livello informale tra i diversi attori perlopiù attraverso segnalazioni telefoniche, che successivamente vengono inserite in un percorso codificabile. Fa eccezione il Distretto Sanitario 59 che, rispetto agli altri Distretti, ha un modello organizzativo socio-sanitario diverso, che coinvolge attivamente i MM.M.G. nel percorso di accesso alle prestazioni socio-sanitarie, che si avvia, infatti, proprio dal medico di medicina generale il quale compila la scheda di accesso necessaria per l'inserimento

¹⁰ L'A.S.L. ha Deliberato anche le Linee Guida dei percorsi socio sanitari.



nel servizio appropriato inviandola (via fax) al Distretto – funzione di coordinamento, per tutte le prestazioni erogate dal Distretto/CUP, che smista a sua volta all'UU.OO. competente. Il M.M.G. compila la scheda di segnalazione del bisogno/proposta di accesso verificando direttamente il bisogno (visita del proprio utente) o su segnalazione dell'Assistente Sociale del Comune o dell'U.O. al quale il cittadino si rivolge direttamente accedendo al Distretto.

In generale l'indagine sull'A.S.L. Na 3 ha rilevato un percorso di accesso e di valutazione, nonché di presa in carico, "storicizzato", che si cerca faticosamente di modificare introducendo elementi di miglioramento: tuttora sono in corso di realizzazione audizioni da parte del coordinatore sociosanitario con ogni singolo Distretto Sanitario per la verifica degli elementi di criticità.

Livello di attuazione

Rispetto alle indicazioni contenute nella DGRC n. 790/12, il processo della Porta Unica di Accesso rilevato nell'attività di indagine presenta i seguenti elementi:

- Inadeguato livello di recepimento formale della DGRC n. 790/12
- Difficoltà di attivazione del processo di Integrazione tra Sociale e Sanitario su tutte le aree di intervento/bisogno e su tutti i territori locali a causa della ridefinizione degli Ambiti Territoriali
- Scarsa diffusione, conforme e coerente, dei Punti di accesso nel territorio (1/10.000 circa). I punti di accesso restano settoriali e prevalentemente incardinati nelle UU.OO. distrettuali
- Nessuna riferimento alla Formazione/aggiornamento del personale dedicato
- Nessun riferimento all'organigramma collegato all'idea di modello che prevede diversi Punti di Accesso / funzioni
- Nessun riferimento all'utilizzo uniforme della scheda di accesso
- Riferimento specifico ai MM.M.G. che appiano fortemente attivi e presenti nel sistema
- Difficoltà del livello di coordinamento centrale a presidiare i processi attuativi distrettuali
- Assenza di un Sistema informatico socio-sanitario in rete e condiviso con il Sociale
- Potenziamento delle azioni di monitoraggio e valutazione



A.S.L. SALERNO

L'A.S.L. Salerno non ha recepito a livello aziendale la DGR n. 790/12. La compilazione della scheda di ricognizione è stata abbastanza disordinata e non coerente con quanto poi rilevato nel focus, che ha visto una buona partecipazione dei referenti sociosanitari distrettuali. La "confusione dei dati" è sintomo dello stato di confusione che attualmente l'A.S.L. vive in questo processo di ri-organizzazione di tutto il sistema socio-sanitario, non solo relativo al welfare d'accesso.

L'attuale configurazione dell'A.S.L. Salerno è frutto dell'accorpamento di tre diverse AA.SS.LL., ed ha, dunque, "ereditato" tre differenti modalità ed approcci organizzativi e metodologici, consolidati negli anni in prassi operative radicate e difficili da scardinare.

L'A.S.L. non ha recepito la DGRC n. 790/12, ma è stata avanzata la proposta di recepimento da parte del coordinatore sociosanitario al Direttore Generale ed è stato attivato un percorso di confronto con i referenti sociosanitari distrettuali che ha evidenziato la forte frammentarietà del sistema di accesso nell'A.S.L.. Tale frammentarietà e difformità tra Distretti è stata confermata dai dati raccolti nell'attività di ricognizione della P.U.A., che ha ribadito anche una resistenza al cambiamento, comune a tutti gli operatori, insieme alle ricorrenti problematiche con il Sociale, le quali però, almeno per alcuni Distretti, sono di recente comparsa e dovute soprattutto alla ridefinizione degli Ambiti Territoriali per il riallineamento con i Distretti Sanitari.

In generale, a livello aziendale il sistema di accesso attualmente attivo non si presenta strutturato, uniforme ed omogeneo sia nelle procedure che negli strumenti di accesso.

Le funzioni di accesso ai servizi sociosanitari sono garantite da diversi punti di accesso settorializzati: UU.OO., MMG, Servizi Sociali comunali che svolgono la funzione di accesso nell'ambito dello svolgimento delle funzioni specifiche afferenti alla propria competenza.

In questa articolata panoramica aziendale è possibile delineare, seppur con le dovute specificità, tre modelli procedurali corrispondenti alle tre ex - AA.SS.LL. di Salerno.

Ex-Salerno 1 ((DS n. 60, non presente, n. 61-62-63)

(E' stata segnalata una difficoltà di interazione del DS n. 61 con l'Ambito territoriale)

Nell'organizzazione dei Distretti sono previsti gli uffici sociosanitari, ma con un ruolo non ben definito e alquanto marginale nel sistema di accesso alle prestazioni sociosanitarie tanto che le UU.OO. distrettuali vi si rivolgono solo nel caso di particolari problematiche complesse che non riescono a trovare una soluzione nell'U.V.I..

Le U.V.I. sono equipe all'interno delle varie UU.OO. che convoca e conducono direttamente le U.V.I. (che sono settoriali, ossia per aree d'intervento) ed il coordinatore è anche il coordinatore dell'U.O..

Eccellenza nel DS 63 per il buon rapporto di collaborazione con il Sociale, consolidato negli anni, e per la diffusione di diversi punti di accesso sanitari sul territorio, come tre Poliambulatori, in grado di "leggere" qualsiasi tipo di bisogno e di indirizzare verso la risoluzione. Il Responsabile sociosanitario è anche responsabile di tutto il percorso sociosanitario. Questo aspetto è risultato un punto di forza nel sistema.

Scheda di accesso unica tra il sanitario ed il sociale.



Organizzazione non formalizzata ma funzionante intermini di efficacia ed efficienza.

Ex-Salerno 2 (dal DS n. 64 al n. 68)

Il sistema attivo appare quello più formalizzato e strutturato anche se non è presente un sistema di P.U.A. omogeneo, polifunzionale e polivalente in termini di capacità di accoglienza di diversi tipi di bisogno.

Il punto di forza del modello di accesso alle prestazioni socio-sanitarie è garantito dal fatto che presso tutti i DS l'U.V.I. è una U.O. semplice dotata, dunque, di una sua struttura operativa e di risorse. A tale U.O./U.V.I. si affianca l'Ufficio sociosanitario che è di Staff alla direzione distrettuale e che interviene, però, solo in casi particolarmente complessi e per questioni più di ordine istituzionali e non gestionali dei casi/bisogni. L'ufficio sociosanitario si rapporta con l'Ufficio di piano dell'Ambito Territoriale

L'accesso è garantito comunque attraverso la dislocazione di più punti sul territorio sempre settorializzati.

Ex-Salerno 3 (dal DS n. 69 al n. 72)

Tra le tre realtà dell'A.S.L. Salerno questa si presenta la più problematica per una serie di elementi sia di tipo geomorfologici del territorio di competenza dei DS e, dunque, legati alla dispersione territoriale sia di tipo relazionale e, dunque, legati ai conflitti tra i vari Comuni degli Ambiti Territoriali e alla quasi totale assenza di un sistema di servizi sociali.

L'accesso ai servizi si sviluppa perlopiù su una rete di relazioni informali tra gli operatori dei vari servizi. L'U.V.I. è comunque unica per DS tanto che si configura come UVD: unità di valutazione distrettuale.

I DS di questa parte dell'A.S.L. tra le varie problematiche hanno anche posto l'accento sull'esternalizzazione dei servizi che spesso rende ancora più difficile il monitoraggio degli stessi, poiché si assiste ad una dispersione delle informazioni ma anche ad una completa delega agli enti gestori i quali entrano anche nel merito dell'accesso attivando con la cittadinanza/utenti un rapporto diretto.

Livello di attuazione

Rispetto alle indicazioni contenute nella DGRC n. 790/12, il processo della Porta Unica di Accesso rilevato nell'attività di indagine presenta i seguenti elementi:

- Nessun livello di recepimento formale della DGRC n. 790/12
- Difficoltà di attivazione del processo di Integrazione tra Sociale e Sanitario su tutte le aree di intervento/bisogno e su tutti i territori locali a causa della ridefinizione degli Ambiti Territoriali
- Scarsa diffusione, conforme e coerente, dei Punti di accesso nel territorio (1/10.000 circa). I punti di accesso restano settoriali e prevalentemente incardinati nelle UU.OO. distrettuali
- Nessuna riferimento alla Formazione/aggiornamento del personale dedicato
- Nessun riferimento all'organigramma collegato all'idea di modello che prevede diversi Punti di Accesso / funzioni
- Nessun riferimento all'utilizzo uniforme della scheda di accesso
- Nessun riferimento specifico ai MM.M.G..
- Difficoltà del livello di coordinamento centrale a presidiare i processi attuativi distrettuali
- Assenza di un Sistema informatico socio-sanitario in rete e condiviso con il Sociale



- Potenziamento delle azioni di monitoraggio e valutazione

