



ARS TOSCANA
agenzia regionale di sanità

Regione Toscana



Centro Regionale
di documentazione
per l'infanzia e l'adolescenza



Sant'Anna
Scuola Universitaria Superiore Pisa



Politiche e servizi:
un percorso integrato per
rispondere ai bisogni complessi

2025

**Politiche e servizi:
un percorso integrato
per rispondere
ai bisogni complessi**

2025

Welfare e salute 2025

Coordinamento scientifico

ARS Toscana: F. Profili, F. Voller

Regione Toscana: S. Brunori, M. La Mastra, A. Salvi

ANCI Toscana: A. Arces, L. Caterino

Scuola superiore Sant'Anna: A. Caputo, M. Vainieri, A. Vinci

Curatori del Volume 1

ARS Toscana: F. Profili, F. Voller

Regione Toscana: M. La Mastra

ANCI Toscana: M. Faraoni (Simurg Ricerche)

Scuola superiore Sant'Anna: M. Vainieri, A. Vinci

Curatori del Volume 2

ANCI Toscana: A. Arces, L. Caterino

Regione Toscana: S. Brunori

Curatori del Volume 4

ARS Toscana: F. Voller

Regione Toscana: S. Brunori

AUSL Centro: F. Toccafondi

Indice degli autori del Volume 1

ARS Toscana: G. Arzilli, F. Collini, V. Dubini, M. Falcone, S. Forni, P. Francesconi, G. Galletti, F. Gemmi, R. Gini, A. Girardi, F. Ierardi, C. Marini, C. Milli, D. Nuvolone, S. Olivadoti, M. Pacifici, F. Profili, M. Puglia, G. Roberto, C. Stasi, C. Szasz, F. Voller

Regione Toscana: G. Attardo, L. Baggiani, C. Berni, E. Biancalana, N. Caruso, M. La Mastra, S. Madrigali, D. Ricotta, B. Trambusti

ANCI Toscana: L. Caterino, R. Di Gioia, M. Faraoni (Simurg Ricerche)

Scuola superiore Sant'Anna: N. Bellè, P. Cantarelli, A. Caputo, E. Peruzzo, M. Vainieri, A. Vinci

CeRIMP: F. Ariani, G. Romeo, D. Talini

AOU Meyer: G. La Marca, E. Procopio

Università degli Studi di Firenze, Dipartimento di Scienze della salute: G. Bonaccorsi, C. Lorini

Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza (Regione Toscana e Istituto degli Innocenti): C. Di Costanzo

Hanno collaborato

ARS Toscana: C. Bartolini, S. Bravi

Regione Toscana: L. Bani, P. Bellofiore, G. Bianco, C. Corezzi, M. De Luca, S. De Luca, F.M. Ganucci, C. Isoldi, M. Maielli, M. Marini, C. Rizzuti, A. Vignozzi, A. Zanolini

ANCI Toscana: A. Bardelli, I. Benini, M. Betti, M. Caiola, A. De Conno, G. Evangelista, A. Failli, G. Giunti, D. Lacangellera, M. Mori, S. Rodrigues

Scuola superiore Sant'Anna: L. Corduas, G. D'Orio, A. Vinci

Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza (Regione Toscana e Istituto degli Innocenti): B. Giachi, V. Ferrucci

ISPRO: F. Battisti, P. Mantellini

Editing, layout e grafica (a cura di ARS Toscana)

C. Baldocchi, R. Berni, S. Fallani, E. Marchini, B. Meoni

Elaborazioni dati per il Volume 1 e il Volume 3

ARS Toscana: S. Bartolacci, R. Capocchi, L. Gnaulati, M. Monnini, M. Razzanelli

Regione Toscana: G. Brusoni, A. Casile, M.G. Cuzzola, D. De Wet, C. Degl'Innocenti, S. Ghiribelli, M. La Mastra, M. Milani, D. Senatore, S. Tafuro

ANCI Toscana: M. Faraoni (Simurg Ricerche), R. Di Gioia

Scuola superiore Sant'Anna: D. Cerasuolo, G. D'Orio

Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza (Regione Toscana e Istituto degli Innocenti): E. Bartolini, E. Fanti, R. Ricciotti

Indice

Introduzione	pag. 9
Sezione I - Programmazione e assistenza territoriale	13
1 Il nuovo Piano sanitario e sociale integrato regionale 2024-2026	15
1.1 La programmazione in Regione Toscana	15
1.2 La proposta di Piano sanitario sociale integrato regionale 2024-2026	15
1.3 La strategia <i>One Health</i> come elemento identificativo del Piano	17
2 Il consolidamento della programmazione e del sistema di integrazione nella Zona-distretto	19
2.1 La Zona-distretto	19
2.2 La programmazione di Zona-distretto	20
2.3 Le azioni di supporto mirate al consolidamento	21
2.3.1 Il nuovo schema di convenzione socio-sanitaria	21
2.3.2 L'attivazione della gestione diretta nelle SdS	22
2.3.3 Il monitoraggio della programmazione territoriale	22
3 Le Centrali operative territoriali	25
4 Gli Ospedali di comunità come offerta di residenzialità territoriale	27
5 La Casa della comunità	29
6 Rete delle cure palliative	31
7 Salute in carcere	33
8 Le nuove sfide dei servizi per la salute mentale e le dipendenze	37
8.1 I disturbi dell'alimentazione e della nutrizione	38
8.2 Benessere psicologico e psicologia di cure primarie	39
9 I Consultori	43

Sezione II - Prevenzione e promozione della salute, partecipazione dei cittadini 47

10	La prevenzione e promozione della salute	49
10.1	<i>Setting</i> scuola: scuole che promuovono salute	50
10.2	<i>Setting</i> Comunità attive: la promozione della salute per un invecchiamento attivo ma non solo	52
10.3	<i>Setting</i> lavoro: la promozione della salute nei luoghi di lavoro - il WHP (<i>Workplace Health Promotion</i>)	54
11	La partecipazione dei cittadini alle politiche di salute	57
12	La prevenzione alle aggressioni verso gli esercenti la professione sanitaria e socio-sanitaria	59
12.1	Quadro generale	59
12.2	Le azioni della Regione Toscana - Osservatorio regionale rischio aggressioni	61
	12.2.1 Progetto regionale sulla prevenzione alle aggressioni	62

Sezione III - Integrazione socio-sanitaria 65

13	Gli interventi nell'area della non autosufficienza e della disabilità, dalla gestione dell'emergenza pandemica alle riforme	67
13.1	Area non autosufficienza	67
	13.1.1 Le politiche regionali a sostegno dei servizi socio-sanitari per persone anziane e con disabilità in Toscana nell'ambito dell'emergenza epidemiologica COVID-19	67
	13.1.2 Il Piano regionale per la non autosufficienza 2022-2024 (PRNA)	69
	13.1.3 La revisione della legge regionale 66 del 2008	72
13.2	Area disabilità	73
	13.2.1 Sostegni alla domiciliarità e all'autonomia	73
13.3	Il modello di presa in carico della persona con disabilità e la sperimentazione nazionale	77
14	Vita indipendente e inclusione nella società	81
14.1	L'integrazione socio-sanitaria e la tutela dei diritti civili e sociali in Toscana	81
14.2	L'incremento del sostegno regionale alla vita indipendente e all'inclusione nella società	81
14.3	Il contributo per la Vita indipendente	82

15	Le politiche per l'accessibilità	83
16	Il percorso di qualità nelle strutture del sistema sociale integrato	85
	Sezione IV - Inclusione sociale	91
17	La programmazione regionale per l'accompagnamento e l'inclusione sociale	93
17.1	I progetti per l'accompagnamento al lavoro e l'inclusione sociale nell'esperienza del FSE e del FSC della Regione Toscana	93
17.2	Servizi di inclusione socio-lavorativa per persone detenute/con restrizione della libertà individuale	95
17.3	Interventi di sostegno alle cure domiciliari per persone con limitazione dell'autonomia	96
17.4	Interventi per il rafforzamento della capacità istituzionale	98
17.5	I numeri della Programmazione 2014-2020	98
18	Il Pronto intervento sociale – il ruolo di SEUS all'interno del sistema dei servizi territoriali	101
18.1	L'impianto generale ed il coordinamento con i territori	101
18.2	La rete nazionale PIS e la scheda LEPS	103
19	Le azioni regionali di sostegno alle famiglie e di tutela dell'infanzia e dell'adolescenza	107
19.1	I tavoli di coordinamento regionali	107
19.1.1	Il primo tavolo di coordinamento dei Centri per le famiglie toscani, 24 ottobre 2024	108
19.1.2	I tavoli di monitoraggio e coordinamento della sperimentazione <i>Care Leavers</i>	108
19.1.3	I tavoli di coordinamento regionale per l'affidamento familiare	109
19.1.4	Tavolo di coordinamento regionale per l'adozione in Toscana: integrazione, risultati e prospettive	113
19.1.5	Tavolo di coordinamento regionale PIPPI LEPS	116
19.2	Recenti protocolli e progettualità finalizzati a sostenere le famiglie e a tutelare l'infanzia e l'adolescenza	117
19.2.1	I protocolli a sostegno dell'inclusione dei minorenni stranieri non accompagnati	117
19.2.2	DesTEENazione	120
20	Co-programmazione e co-progettazione	123

21	I servizi della Stamperia Braille rivolti alla cittadinanza	129
21.1	L'impegno per le scuole toscane	129
21.2	Gli altri servizi	130
22	Osservatorio sociale regionale (OSR)	133

Introduzione

Il presente documento si inserisce nel contesto di una profonda e urgente trasformazione dei sistemi di welfare e salute in Italia, un percorso che, dopo un lungo periodo di relativa stasi seguito alle riforme di inizio secolo, ha ricevuto un nuovo e potente impulso grazie all'emergenza pandemica e agli investimenti del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR). Le Missioni M6C1 e M5C2 del PNRR, unitamente a riforme strutturali nazionali come il decreto ministeriale 77/2022 sull'assistenza territoriale e le leggi delega su disabilità e non autosufficienza, stanno ridisegnando l'architettura dei servizi.

In questo scenario di riforme e nuove sfide, la Regione Toscana colloca la propria programmazione strategica all'interno del Piano sanitario e sociale integrato regionale (PSSIR) 2024-2026. Il PSSIR funge da cornice, collegando i diversi livelli di programmazione regionale (regionale, di Area vasta/aziendale, zonale) e mirando a ridisegnare una traiettoria che integri sanità, sociale e socio-sanitario, anche alla luce di una visione più ampia come la strategia *"One Health"*, che riconosce l'interconnessione tra salute umana, animale e ambientale.

L'approvazione del PSSIR, pur avvenendo a fine legislatura, risponde all'esigenza di definire una cornice programmatica complessiva per i servizi integrati, essenziale per rispondere ai rapidi cambiamenti socio-economici e demografici e alla trasformazione della domanda di salute, sempre più orientata a bisogni complessi e prolungati.

La principale "pista di lavoro" che emerge dalla riflessione e si articola nei diversi capitoli del documento, in coerenza con il PSSIR e le sfide attuali, è il consolidamento e la realizzazione concreta di sistemi territoriali integrati, superando la frammentazione. Questo si traduce in diverse aree d'azione chiave, fortemente interconnesse:

1. Il rafforzamento della Zona-distretto quale ambito dell'integrazione. La Toscana basa la sua articolazione territoriale sull'ambito socio-sanitario della Zona-distretto, organizzata in Società della salute (SdS) o tramite convenzione. Un elemento centrale è il supporto regionale per l'uniformità nell'erogazione dei servizi e il monitoraggio della programmazione integrata, affrontando l'eterogeneità riscontrata nell'applicazione degli indirizzi tramite la revisione dello schema di convenzione socio-sanitaria e il consolidamento dei modelli organizzativi delle SdS. Questo lavoro mira a garantire una reale programmazione territoriale integrata attraverso il Piano integrato di salute (PIS) e la Programmazione operativa annuale (POA).
2. La risposta integrata ai bisogni complessi: non autosufficienza e disabilità. Il documento dedica ampio spazio all'area della non autosufficienza e della disabilità, evidenziando le politiche regionali, i Piani (come il Piano regionale non autosufficienza – PRNA 2022-2024), e le riforme legislative regionali e nazionali. Si sottolinea la necessità di dare attuazione agli standard per l'assistenza territoriale (d.m. 77/2022) in un'ottica di integrazione fra

sistema sociale e sanitario. La sfida centrale è la definizione condivisa e la realizzazione integrata dei processi complessi, in particolare attraverso il rafforzamento del sistema dell'accesso con i Punti unici di accesso (PUA) e l'implementazione della valutazione multidimensionale (UVM, UVMD) e del Progetto di vita (o PAI), superando la logica prestazionale per una presa in carico unitaria e personalizzata. Obiettivo fondamentale è promuovere la domiciliarità, l'autonomia, e contrastare l'istituzionalizzazione, anche attraverso misure come il Dopo di noi.

3. La tutela e il sostegno a famiglie, infanzia e adolescenza. Un'altra area prioritaria riguarda le politiche per le famiglie e le giovani generazioni, caratterizzate da un'attenzione all'integrazione socio-sanitaria post-pandemia. L'approccio partecipativo si concretizza nell'uso strategico dei tavoli di coordinamento regionali come strumenti di governance interistituzionale e multilivello, favorendo l'armonizzazione delle pratiche e la condivisione del *know-how* in settori specifici come i Centri per le famiglie, l'affidamento familiare, l'adozione, e i programmi nazionali implementati a livello locale come il Programma di intervento per la prevenzione dell'istituzionalizzazione (PIPPI) e il Livello essenziale delle prestazioni sociali (LEPS). Viene data rilevanza anche al supporto dei *care leavers* e all'integrazione dei minorenni stranieri non accompagnati (MSNA) e neomaggiorenni.
4. Lo sviluppo dell'assistenza territoriale e dei suoi presidi. Le riforme nazionali trovano concreta attuazione nel potenziamento della rete territoriale. Componenti chiave di questa rete sono le Centrali operative territoriali (COT) per la gestione delle cure di transizione, gli Ospedali di comunità (OdC) come offerta di residenzialità intermedia, e la Casa della comunità (CdC) quale fulcro organizzativo per l'accesso unitario e l'integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari, evoluzione del modello della "Casa della salute". Parallelamente, si lavora alla definizione e standardizzazione di servizi essenziali come il Pronto intervento sociale (PIS), riconosciuto come LEPS, attraverso sforzi regionali (Sistema emergenza urgenza sociale – SEUS) e una rete nazionale per definirne l'identità operativa.
5. La promozione della salute e la prevenzione come leve strategiche. In linea con la visione *"One Health"* del PSSIR, il documento sottolinea l'importanza delle politiche di prevenzione e promozione della salute, che coinvolgono diversi setting come la scuola, la comunità (invecchiamento attivo) e il luogo di lavoro. Una forte enfasi è posta sulla salute mentale e sulle dipendenze, con l'obiettivo di integrarle pienamente nel modello territoriale e affrontare temi come lo stigma. Specifici percorsi assistenziali integrati vengono sviluppati per aree come i Disturbi dell'alimentazione e della nutrizione (DAN) e la psicologia di base/cure primarie.
6. La promozione dell'inclusione sociale e dell'autonomia lavorativa. Attraverso l'utilizzo di risorse come quelle del Fondo sociale europeo plus (FSE+), la Regione promuove l'inclusione sociale e l'inserimento lavorativo di persone vulnerabili, rafforzando la connessione tra servizi sociali/socio-sanitari e Centri per l'impiego.

7. La valorizzazione del Terzo settore e l'amministrazione condivisa. Il documento riconosce il ruolo fondamentale del Terzo settore nel perseguimento dei diritti sociali e descrive l'impegno della Regione Toscana nella promozione degli istituti di co-programmazione e co-progettazione (l.r. n. 65/2020), anticipando le linee guida nazionali e valorizzando la sussidiarietà e la corresponsabilità.
8. Il supporto alla programmazione tramite conoscenza e monitoraggio. L'attività dell'Osservatorio sociale regionale (OSR) è cruciale per fornire supporto tecnico-scientifico alla programmazione regionale e zonale, elaborando dati, report e studi su diverse aree tematiche sociali e socio-sanitarie, rendendo disponibili informazioni per amministratori e operatori.
9. Attenzione alla qualità, accessibilità, partecipazione e sicurezza. Elementi trasversali riguardano la ricerca della qualità nei servizi, le politiche per l'accessibilità fisica e informativa, il coinvolgimento dei cittadini, e l'importante tema della prevenzione delle aggressioni verso gli operatori.

Questo volume di approfondimento dell'edizione 2025 di Welfare e salute illustra quindi l'ampio spettro di azioni e riforme che hanno impegnato gli interventi di welfare in atto nella Regione Toscana, con particolare riferimento agli anni 2020-2024, tutte convergenti verso l'obiettivo strategico del PSSIR: costruire un sistema territoriale di welfare e salute realmente integrato, capace di leggere la complessità dei bisogni e di offrire risposte personalizzate e continue, garantendo l'esigibilità dei diritti fondamentali in un contesto di risorse limitate e sfide demografiche crescenti. Le diverse piste di lavoro si intrecciano e si rafforzano reciprocamente, mirando a consolidare un modello che, partendo dalla governance zonale, si estende alla riorganizzazione dei servizi, all'innovazione degli strumenti e alla promozione di una cultura dell'integrazione e della partecipazione.

Programmazione e assistenza territoriale

1 Il nuovo Piano sanitario e sociale integrato regionale 2024-2026

B. Cavandoli (Regione Toscana)

1.1 La programmazione in Regione Toscana

È utile ricordare come in Regione Toscana la programmazione in ambito sanitario, socio-sanitario e sociale sia articolata su più livelli tra loro collegati e caratterizzati da molteplici interazioni con i diversi stakeholder del sistema, pubblici e privati. La programmazione così progettata necessita di tempi lunghi di negoziazione che, se da una parte rendono il sistema coeso nel raggiungimento degli obiettivi favorendo altresì una precisa conoscenza dei bisogni e delle criticità presenti sui territori, dall'altra rende difficile il riallineamento del ciclo di programmazione nel suo complesso. Ad oggi i "sottocicli di programmazione", di Area vasta e di Zona-distretto/Società della salute (SdS), sono disallineati temporalmente. Esiste anche un disallineamento con la programmazione di settore del livello nazionale. Il presente Piano si pone l'obiettivo di recepire gli atti di programmazione in atto di livello regionale, nazionale e internazionale al fine di ridisegnare una possibile traiettoria che trovi, all'interno di una visione più ampia, *One Health*, lo sviluppo di nuove modalità di progettazione e realizzazione di politiche integrate per la salute e rilanciare la programmazione sanitaria della regione Toscana per la prossima legislatura.

I livelli di programmazione e di governance istituzionale in Regione Toscana si articolano su più livelli:

- **Livello regionale:** Piano sanitario e sociale integrato regionale (PSSIR);
- **Livello di Area vasta/aziendale:** Piano di area vasta (PAV), Piano attuativo locale delle aziende sanitarie (PAL); Piano attuativo ospedaliero delle aziende ospedaliero-universitarie (PAO);
- **Livello zonale:** Piano integrato di salute (PIS); Piano d'inclusione zonale (PIZ).

I tre livelli si basano sulle articolazioni gestionali del sistema sanitario e socio-sanitario regionale

1.2 La proposta di Piano sanitario sociale integrato regionale 2024-2026

Qualcuno potrebbe domandarsi come mai il PSSIR viene approvato a fine legislatura, anche se è ormai una condizione frequente per questo tipo di strumenti. Le ragioni risiedono nella concatenazione degli strumenti di pianificazione e di programmazione di Regione Toscana, che prevedono prima l'elaborazione e l'approvazione del Programma regionale di sviluppo (PRS) e solo dopo la conseguente e coerente elaborazione degli strumenti cosiddetti di

settore. La pandemia ha portato l'approvazione del PRS il 27 luglio 2023 con la risoluzione del Consiglio regionale n.239. Dopo la sua approvazione gli assessorati e le strutture regionali si sono messi immediatamente al lavoro per redigere l'informativa preliminare (presentata in Consiglio regionale a marzo 2024) e, in seguito all'approvazione della stessa da parte del Consiglio regionale, con gli atti di indirizzi collegati (in data 10 luglio 2024) si è proceduto alla predisposizione della proposta del PSSIR 2024-2026 approvata con p.d.c.r. n. 30 del 27 gennaio 2025. I due assessorati di riferimento hanno valutato necessario insistere, già in questa legislatura, nel definire una cornice programmatica complessiva per quanto riguarda i servizi sanitari, socio-sanitari e sociali integrati, oggetto di una tumultuosa stagione di riforme nazionali che richiede non solo una somma di atti, ma soprattutto una visione d'insieme.

Negli ultimi 5 anni (2019-2024) si è assistito a un repentino cambiamento degli scenari socio-economici e demografici che hanno reso urgente intervenire su più fronti al fine di garantire ai cittadini toscani gli appropriati livelli di servizio in un contesto di riduzione di risorse disponibili. Le riforme avviate rappresentano scelte organizzative orientate a garantire la sicurezza e la qualità delle cure e a sviluppare un approccio di sistema tramite un'organizzazione a rete finalizzata a rendere più efficiente ed efficace la presa in carico socio-sanitaria dei cittadini. Con questa finalità si è reso necessario avviare tutta una serie di riforme tese a migliorare le criticità emergenti e a cogliere le opportunità di innovazione rappresentata dalla tecnologia (ICT e telemedicina, data base clinici), dai progressi in campo diagnostico e terapeutico della ricerca applicata oltre che dai nuovi modelli organizzativi testati con successo negli altri paesi europei.

I punti cardini della proposta riguardano:

- il rapporto tra i mutamenti socio-economico-demografici e ambientali in corso, la loro incidenza sui determinanti di salute e il conseguente cambiamento della domanda di salute (intesa in senso ampio, che va oltre la dimensione sanitaria e coinvolge anche tutto il welfare) che si ripercuote direttamente sulla domanda dei servizi;
- la carenza di risorse che limita lo sviluppo dei sistemi sanitari pubblici universalistici, e rischia di ripercuotersi molto pesantemente sulla possibilità di attuare politiche improntate all'approccio *One Health*, che hanno certamente bisogno di un potenziamento dei servizi, ma che sono anche legate alla capacità di organizzare rapporti e cooperazioni con altri enti e organizzazioni oltre quelle squisitamente sanitarie, prime tra tutte le amministrazioni locali; perché le politiche per garantire il diritto alla salute non sono solo politiche legate all'organizzazione sanitaria, ma interessano anche tutte le organizzazioni pubbliche, tutti gli attori sociali e la dimensione della comunità nazionale e delle comunità locali;
- l'esigenza di innovazione per aggiornare i modelli organizzativi in un'ottica assolutamente integrata, la d.g.r. n. 1508/2022 ha interpretato il d.m. n. 77/2022 secondo un pensiero toscano proprio nell'approccio all'integrazione, insieme ad altre opportunità di cambiamento recate dalla rivoluzione digitale e dell'intelligenza artificiale, che bisogna interpretare con grande attenzione e rigore, ma che possono essere considerate come elementi di un possibile avanzamento positivo;

- la ricerca di un equilibrio tra bisogni, servizi e sostenibilità, temi che afferiscono all'appropriatezza in tutti i campi, dalla relazione domanda/offerta e quindi alle liste di attesa, alle questioni della spesa farmaceutica e quindi all'appropriatezza prescrittiva e dei percorsi assistenziali.

1.3 La strategia *One Health* come elemento identificativo del Piano

Nel 2011 l'OMS ha diffuso la nuova definizione del concetto di salute intesa come la capacità di adattamento e di autogestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive. Con la Carta di Ottawa (1986) è stato definito il concetto di "promozione della salute". I requisiti per la salute furono allora individuati nella pace, la casa, l'istruzione, il cibo, il reddito, un ecosistema stabile, la continuità delle risorse, la giustizia e l'equità sociale. Fattori, come un saldo radicamento in un ambiente accogliente, l'accesso alle informazioni, le competenze necessarie alla vita e la possibilità di compiere scelte adeguate per la propria salute, rappresentavano e rappresentano tuttora i pilastri fondamentali della salute degli individui. Su queste basi, nel 2008 l'OMS individua i "determinanti di salute" ovvero le «condizioni o i fattori che influenzano lo stato di salute di un individuo, di una comunità o di un'intera popolazione» e che sono compresi in varie categorie: comportamenti personali e stili di vita, fattori sociali, condizioni di vita e di lavoro, accesso ai servizi sanitari, condizioni generali (socio-economiche, culturali e ambientali) e fattori genetici. Fra i determinanti di salute cosiddetti "distali", come l'istruzione, l'occupazione, il reddito e la coesione sociale vi sono molti fattori responsabili della diseguale distribuzione della salute all'interno della popolazione. L'approccio *One Health* amplia ulteriormente la visione del concetto di salute riconoscendo la connessione fra persone, animali ed ambiente e propone un sistema integrato per affrontare in modo olistico le minacce per la salute. In una ottica *One Health* la programmazione deve essere, per quanto si è detto, necessariamente integrata. Sul lato dei bisogni, si deve tenere conto dei bisogni consolidati di salute, espressi dalle tendenze demografiche che ci dicono dove stiamo andando; parallelamente è necessario individuare quali sono le nuove priorità, i nuovi scenari che si stanno proponendo all'attenzione, per rimodulare il sistema dell'offerta. Applicando metodologie e strumenti adeguati, è possibile fare scelte di policy sanitaria e socio sanitaria secondo un approccio *One Health* centrato sulla persona e su target omogenei di pazienti, recuperando appropriatezza, efficacia ed efficienza delle cure e garantendo al tempo stesso equità e universalismo.

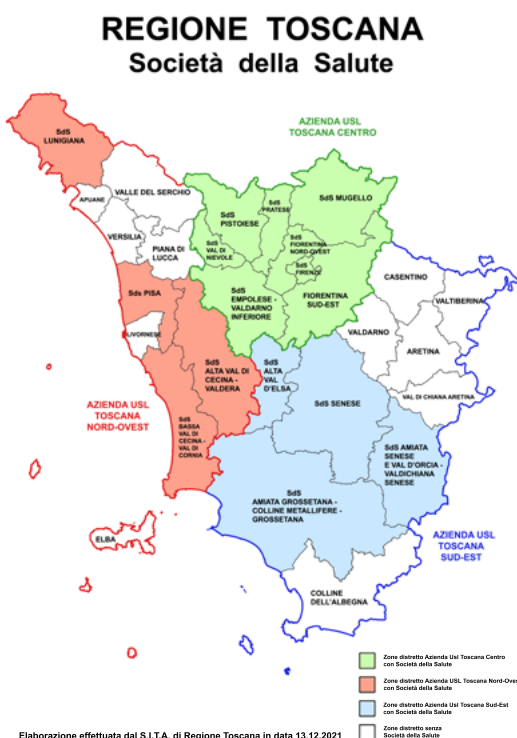
2 Il consolidamento della programmazione e del sistema di integrazione nella Zona-distretto

L. Puccetti, I. Bargelli, A. Ajello (Regione Toscana)

2.1 La Zona-distretto

La Regione Toscana, in coerenza con gli indirizzi nazionali, ha da tempo uniformato l'articolazione territoriale per l'ambito socio-sanitario attraverso la l.r. n. 40/2005, che disciplina il servizio sanitario regionale e la l.r. n. 41/2005, che invece disciplina il sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Figura 1. Le Società della salute e le Zone-distretto della Toscana



Fonte: elaborazione effettuata dal SITA di Regione Toscana.

La l.r. n. 40/2005 definisce la Zona-distretto come l'articolazione territoriale dell'Azienda USL (art. 2) e la individua quale ambito territoriale ottimale per la valutazione dei bisogni sanitari e sociali, l'organizzazione e l'erogazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali integrati (art. 64). La Zona-distretto è inoltre individuata come l'ambito territoriale sociale, di cui alla l. n. 38/2000; pertanto, la l.r. n. 41/2005 stabilisce che tutte le disposizioni che richiamano gli ambiti territoriali sociali, si intendono riferite alle Zone-distretto (art. 36 bis).

Le Zone-distretto sono individuate con deliberazione del Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, dopo aver sentito il parere della Conferenza regionale dei sindaci.

Attualmente in Toscana si contano 28 Zone-distretto, entro le quali il sistema di integrazione socio-sanitaria, si organizza in due modalità distinte:

- in 16 zone, attraverso il consorzio pubblico denominato Società della salute, normato all'interno del titolo V - capo III bis della l.r. n. 40/05;
- nelle restanti 12 zone, tramite apposita convenzione (art. 70 bis della l.r. n. 40/05) tra gli enti locali e l'Azienda USL.

2.2 La programmazione di Zona-distretto

La governance istituzionale si basa su un processo di condivisione, articolato in un sistema di conferenze multilivello. Nello specifico, a livello di Zona-distretto sono presenti: la Conferenza zonale dei sindaci (art. 34 l.r. n. 41/2005), composta dai sindaci dei Comuni il cui territorio insiste sulla Zona-distretto, e la Conferenza zonale dei sindaci integrata (art. 12 bis l.r. n. 40/2005), cui partecipano i sindaci della Zona-distretto e il direttore generale dell'Azienda sanitaria locale.

Una delle funzioni più importanti di queste conferenze è definire e approvare i documenti di pianificazione delle attività, in base al proprio livello di competenza, agli indirizzi ed agli obiettivi dati dalla programmazione regionale. In particolare, a livello di Zona-distretto, la pianificazione integrata delle politiche sanitarie e sociali avviene attraverso il Piano integrato di salute (PIS), di durata analoga al ciclo di programmazione sociale e sanitaria integrata regionale (PSSIR – art. 21, l.r. n. 40/2005).

Il PIS viene approvato dalla conferenza zonale integrata o dall'assemblea della Società della salute (SdS), se presente nella Zona-distretto. Ad oggi, su tutto il territorio toscano, il PIS ha assorbito l'elaborazione del Piano integrato zonale (PIZ), sulla base di uno specifico accordo con la Conferenza zonale dei sindaci, possibilità comunque prevista dall'art. 21 della l.r. n. 40/2005. L'assemblea della SdS, laddove presente, o la conferenza zonale dei sindaci emanano i propri indirizzi generali, derivati dalla programmazione regionale, ed i relativi obiettivi di salute, tenendo conto del profilo di salute, dei bisogni e del quadro delle risorse disponibili che caratterizzano il singolo territorio.

La programmazione operativa annuale (POA) è parte integrante del PIS ed è condizione per l'attivazione delle risorse comprese nel fondo sociale regionale (art. 29, comma 5 l.r. n. 41/2005).

2.3 Le azioni di supporto mirate al consolidamento

Nell'ultimo quinquennio, la Regione Toscana ha inteso supportare i territori nel processo di integrazione socio-sanitaria, volendo garantire l'uniformità nell'erogazione dei livelli di assistenza e dei servizi sul proprio territorio, oltre che monitorare lo sviluppo della programmazione integrata.

Gli uffici regionali hanno quindi avviato, in collaborazione con ANCI Toscana, una puntuale ricognizione dell'applicazione degli indirizzi dati, da cui è risultato un quadro molto eterogeneo, sia per quanto riguarda i contenuti della convenzione socio-sanitaria che per quanto concerne l'organizzazione delle SdS, in modo particolare in materia di personale e nella gestione delle risorse.

Si è reso allora necessario elaborare i documenti e gli strumenti necessari a dare omogeneità al processo di integrazione socio-sanitaria. Perciò, su mandato della conferenza regionale dei sindaci, dietro proposta degli assessori regionali alla sanità e al sociale, sono stati insediati due gruppi tecnici, incaricati della revisione dello schema regionale di convenzione e del consolidamento dei modelli organizzativi della SdS.

Il primo percorso ha individuato i contenuti della convenzione necessari per rendere effettivo l'esercizio associato delle funzioni di integrazione socio-sanitaria. Tale lavoro ha coinvolto dodici Zone-distretto. Il secondo percorso ha analizzato le modalità con cui rafforzare il modello della SdS, in materia di organizzazione, di gestione del personale, di bilancio e di gestione delle risorse.

2.3.1 Il nuovo schema di convenzione socio-sanitaria

La ricognizione sullo stato di attivazione delle convenzioni, avviata nel 2021 nelle dieci Zone-distretto allora esistenti, ha fatto emergere che solo sei zone su dieci avevano attivato la convenzione: di queste, quattro regolavano sia l'ambito socio-sanitario sia quello socio-assistenziale, due solo l'ambito socio-sanitario, limitatamente all'area della non autosufficienza. Successivamente, attraverso il lavoro di un gruppo tecnico a cui ha preso parte la tecnostruttura della Regione, i professionisti di Federsanità ANCI Toscana e i direttori di Zona e dei servizi sociali delle Aziende USL, è stato predisposto e condiviso il nuovo schema-tipo di convenzione socio-sanitaria, poi approvato con la d.g.r.t. n. 886/2021 (art. 70 bis, comma 14 della l.r. n. 40/2005 e s.m.i.).

Tra il 2021 e il 2023 il gruppo tecnico ha avviato un percorso di supporto alla stipula della convenzione socio-sanitaria, che ha previsto lo svolgimento di incontri di presentazione del nuovo schema con le singole Zone-distretto e il monitoraggio dello stato di avanzamento dei lavori. A partire dal 2023 tutte e dodici le Zone-distretto hanno sottoscritto il nuovo schema di convenzione in conferenza zonale integrata.

Inoltre, sempre con il supporto del gruppo tecnico, è emersa la necessità di ulteriori indirizzi regionali per definire in maniera uniforme su tutto il territorio regionali i contenuti minimi da rappresentare nei documenti gestionali e operativi da allegare alla convenzione, attività tutt'ora in corso.

2.3.2 L'attivazione della gestione diretta nelle SdS

Il gruppo di lavoro regionale, istituito per dedicarsi al tema del bilancio e delle modalità di gestione delle risorse, è stato promosso congiuntamente dal settore "Politiche per l'integrazione socio-sanitaria" e dal settore "Bilanci e monitoraggi economici del SSR" di Regione Toscana e ha lavorato dal mese di ottobre 2021 fino a luglio 2022. I lavori hanno preso avvio dalla lettura e dal confronto dei bilanci redatti dalle SdS, i quali sono poi risultati disomogenei e difficilmente confrontabili tra loro. Pertanto, con l'obiettivo di raggiungere l'omogeneità e la coerenza nella redazione dei documenti contabili, è stato predisposto un aggiornamento delle linee di indirizzo sui principi contabili e sono stati elaborati degli schemi di bilancio, basandosi sul modello del d.l.g.s. n. 118/2011 e sui decreti ministeriali seguenti, integrandoli con le voci attinenti alle materie di competenza delle SdS (socio-sanitario, socio-assistenziale). I documenti prodotti sono stati condivisi prima con i referenti contabili delle SdS e, successivamente, con i direttori delle sedi SdS.

Il 18 luglio 2022 è stata approvata la d.g.r.t. n.834 *Indirizzi per l'armonizzazione ed uniforme redazione dei bilanci preventivi e d'esercizio delle Società della Salute*.

Un altro gruppo di lavoro ha approfondito per dodici mesi, da ottobre 2021, le questioni relative alla struttura organizzativa e alle risorse umane delle SdS, a partire dai diversi regolamenti di organizzazione. Il gruppo di lavoro ha poi elaborato un documento riguardante le *Linee di indirizzo per la predisposizione del regolamento di organizzazione delle Società della Salute (SdS)* e predisposto uno schema-tipo di accordo per l'avvalimento, da parte della SdS, di unità di personale dipendenti da un ente consorziato, con il relativo piano operativo. La documentazione redatta è stata quindi presentata ai direttori delle SdS e successivamente è stato avviato un percorso di consenso, che ha coinvolto gli stessi direttori delle SdS, per l'approvazione sia delle linee di indirizzo sul regolamento di organizzazione delle SdS, che dello schema di accordo di avvalimento e dell'annesso piano operativo. Suddetto percorso si è concluso in data 21 ottobre 2022, in occasione della consensus conference finale dedicata, oltretutto all'approvazione degli atti, alla condivisione di un piano di accompagnamento alla loro implementazione e di una prima agenda di lavoro. Il 21 novembre 2022 è stata poi approvata la d.g.r.t. n. 1314 *"Linee di indirizzo per la predisposizione del regolamento di organizzazione delle Società della Salute e schema-tipo di accordo per l'avvalimento da parte della Società della Salute di unità organizzative di uno o più enti aderenti al consorzio"*.

2.3.3 Il monitoraggio della programmazione territoriale

Negli ultimi cinque anni è stato inoltre promosso lo sviluppo del ciclo di programmazione, monitoraggio e controllo, finalizzato al miglioramento delle risposte ai cittadini e alla coesione sociale, attraverso un'azione di assistenza alle attività di programmazione locale e di integrazione sistemica tra i livelli regionali, comunali e aziendali, con il supporto di Federsanità ANCI Toscana.

Il sistema informativo regionale dedicato alla programmazione – sviluppato nell’ambito dell’accordo con ANCI Toscana e messo a disposizione dei territori – unitamente all’avvio di una Comunità di pratica degli Uffici di piano, ha supportato la definizione della programmazione pluriennale (PIS) nelle SdS/Zone-distretto e, in coerenza con gli indirizzi annuali regionali approvati dalla Giunta con propria deliberazione, della programmazione operativa annuale (POA).

In questi anni, in tutti gli ambiti territoriali toscani, il percorso di supporto ha portato al graduale consolidamento della cultura della programmazione territoriale. Un processo che ha coinvolto in modo diretto anche il mondo del Terzo settore con differenti modalità di partecipazione alla programmazione.

Sulla base dei risultati positivi ottenuti a livello di standardizzazione della programmazione, i criteri per l’elaborazione del POA sono andati consolidandosi in linea di continuità. Come elemento di novità negli indirizzi dell’ultimo biennio (per il 2025 è la d.g.r.t. n. 1227/2024), si rileva la predisposizione da parte delle SdS/Zone-distretto di un documento di monitoraggio intermedio sullo stato di attuazione delle schede POA da approvare formalmente da parte dell’organo di indirizzo della SdS/Zona.

Sempre con la collaborazione di ANCI Toscana è stata costituita la Comunità di pratica sulla programmazione territoriale, che costituisce un luogo virtuale permanente di dialogo, scambio ed evoluzione per gli Uffici di piano zonali. I suoi obiettivi principali riguardano il supporto alle pratiche professionali durante il percorso di costruzione e realizzazione dei processi di programmazione integrata zonale e il consolidamento dei processi di programmazione, monitoraggio e valutazione in una prospettiva di integrazione e di promozione della salute. All’interno della comunità sono state scambiate opinioni, dubbi e strategie rispetto alla redazione del documento di programmazione. Il confronto ha inoltre alimentato le riflessioni sul funzionamento dell’applicazione web utilizzata per lo sviluppo della programmazione e sui possibili miglioramenti della piattaforma dedicata alla raccolta e alla gestione dei dati sulle differenti attività.

3 Le Centrali operative territoriali

M. Tagliaferri (Regione Toscana)

Nell'ambito della riforma dell'assistenza territoriale prevista dal d.m. 77/2022 e dalla Missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), la Centrale operativa territoriale (COT), rappresenta il modello di riferimento per le cure di transizione. La COT svolge la funzione primaria di gestione dei processi di *transitional care*, assicurando il collegamento tra i diversi setting assistenziali della rete, per garantire alla persona un'assistenza qualificata e continuativa. Nella nostra Regione era già da tempo attiva l'esperienza delle Agenzie per la continuità ospedale-territorio (ACOT), che rappresentano il prezioso nucleo di partenza per l'evoluzione verso le COT del sistema toscano.

Obiettivo principale della Centrale operativa territoriale, così come individuata dal d.m. n. 77/2022, è pertanto quello di assicurare continuità, accessibilità e integrazione ai percorsi dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, coordinando tra di loro i servizi e i professionisti che vi operano, al fine di garantire, a ciascuna persona che esprime un bisogno clinico e/o assistenziale complesso, una presa in carico appropriata, tempestiva e dedicata.

La programmazione regionale ha già definito, con delibera di Giunta regionale n. 1508/2022, le caratteristiche organizzative ed operative ed anche le specifiche funzionali delle Centrali operative territoriali che si stanno costituendo sul nostro territorio, stabilendo anche i rispettivi ruoli delle Aziende USL e delle Zone-distretto/Società della salute (SdS).

Gli interventi previsti dal PNRR, M6C1 – “*Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale*”, sub intervento M6C1.2 Implementazione delle Centrali operative territoriali, prevedono per la Regione Toscana, l'attivazione di 37 Centrali operative territoriali, una in ogni Zona-distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari territoriali, le Case di comunità e tutte le articolazioni dei servizi sanitari e sociali presenti a livello di Zona-distretto/SdS, assicurando l'interfaccia con la rete ospedaliera e la rete di emergenza-urgenza.

La Giunta regionale, con delibera n. 495/2024, ha emanato specifici indirizzi per l'attivazione delle COT, prevedendo che la stessa possa essere allocata sia in presidi autonomi, a proprio utilizzo esclusivo (di nuova realizzazione o edifici esistenti), che ospitata all'interno di una struttura sanitaria già operativa, privilegiando la prossimità con altri servizi territoriali, con particolare riferimento alle Case della comunità e agli Ospedali di comunità. Il bacino di utenza previsto è di circa 100.000 abitanti, mantenendo comunque anche una valenza distrettuale.

È prevista l'istituzione di COT articolate su due livelli: COT aziendale e COT zonale.

La funzione operativa della COT zonale è quella di organizzare e coordinare la transizione delle persone residenti nella Zona-distretto tra i diversi setting assistenziali e i diversi livelli organizzativi del sistema sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale, gestendo i movimenti di ingresso e uscita territorio-ospedale, ospedale-territorio, territorio-territorio. È operativa 12 h al giorno, 6 giorni su 7 ed è strettamente interconnessa con la COT aziendale.

La COT aziendale è una delle COT zonali, operativa 7 giorni su 7, sulle 24h, cui è affidata anche la funzione di garantire la continuità operativa del sistema zonale delle COT durante il loro orario di chiusura. In riferimento alle funzioni specifiche, la COT aziendale gestisce percorsi sovra-territoriali che non trovano risposte nelle COT zonali. Gestisce inoltre i percorsi aziendali caratterizzati dalla gestione centralizzata aziendale. Inoltre supporta e coordina, se necessario, le transizioni in dimissione che riguardano le persone ricoverate nelle aziende ospedaliere-universitarie e residenti in ambiti zonali diversi da quello in cui è situato il presidio ospedaliero.

Lo standard di riferimento del personale è quello previsto dal d.m. n. 77/2022: coordinatore infermieristico, infermieri, personale di supporto. La Regione Toscana prevede inoltre la presenza del medico di comunità, dell'assistente sociale ed eventualmente del fisioterapista, che collaborano adottando come metodica la multiprofessionalità del team.

I dati di monitoraggio della COT sono forniti dalla COT aziendale alla direzione aziendale.

Le COT, sia zonali che aziendali, usufruiscono di un sistema informativo condiviso e interconnesso con la centrale operativa regionale 116117.

Particolare rilievo assume la funzione di monitoraggio e condivisione delle disponibilità delle strutture dell'assistenza territoriale (residenziale e semiresidenziale sanitaria e socio-sanitaria) in modo tale da garantire l'ottimizzazione del flusso di dimissione ospedaliera e massimizzare il turnover sui posti letto.

Le COT attive sul territorio regionale toscano utilizzano una piattaforma tecnologica comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale, con possibilità di consultazione del Fascicolo sanitario elettronico, nel rispetto della normativa sulla protezione dei dati personali e del decreto del Ministero della salute del 7 settembre 2023 "Fascicolo sanitario elettronico (FSE) 2.0". La piattaforma, sviluppata per la gestione della *transitional care*, supporta le principali funzioni della COT ovvero gestire e monitorare le transizioni di setting assistenziale, ricevere e inviare notifiche relative a richieste di transizione, verificare servizi attivi per il paziente specifico (inclusa telemedicina), recuperare informazioni sulla presenza di esigenze clinico-assistenziali e su prestazioni richieste, gestire la programmazione delle transizioni.

La piattaforma prevede la mappatura aggiornata di tutti i servizi sanitari presenti sul territorio, comprensiva di informazioni come la tipologia e classificazione delle strutture, la disponibilità di risorse e posti letto, le modalità di erogazione delle prestazioni, e i riferimenti dei servizi sanitari attivabili.

A livello regionale è *in progress* l'attività di ricognizione in merito allo stato di attivazione, nelle varie Aziende USL e nelle Zone-distretto/SdS, delle COT, anche con la finalità di rispondere ai debiti informativi e alle richieste di verifica correlate agli adempimenti previsti dal PNRR.

4 Gli Ospedali di comunità come offerta di residenzialità territoriale

M. Tagliaferri (Regione Toscana)

Lo sviluppo del quadro dell'offerta di residenzialità intermedia territoriale previsto dalla programmazione regionale negli ultimi anni comprende una gamma di servizi integrati, rivolti prevalentemente alle persone fragili e/o anziane, organizzati in tre distinti setting di cure intermedie (setting 1 *Low care*, setting 2 *Residenzialità sanitaria intermedia*, setting 3 *Residenzialità assistenziale intermedia* presso RSA).

Tale assetto è stato aggiornato con la delibera di Giunta regionale n. 1534 del 2024, che ha definito il modello organizzativo degli Ospedali di comunità (OdC) nella nostra regione, dando indicazioni alle Aziende USL per la loro attivazione a livello locale, come previsto dal PNRR e dal d.m. n. 77/2022.

Il modello di OdC proposto prevede un'evoluzione rispetto alla impostazione dell'assistenza intermedia declinata con i precedenti atti regionali di programmazione, ma mantiene al contempo una forte continuità, per quanto concerne sia gli aspetti autorizzativi che quelli organizzativi, con i precedenti assetti delle strutture presso le quali erano attivati setting di cure intermedie.

L'Ospedale di comunità è qualificato come struttura sanitaria di ricovero a valenza zonale, quindi prossima al domicilio della persona, che afferisce alla rete dell'assistenza territoriale e svolge la funzione di presa in carico residenziale, temporalmente definita (il ricovero presso l'OdC deve avere una durata di norma non superiore a 20 giorni), per gli interventi non fruibili presso il domicilio e per i quali il ricovero ospedaliero non è appropriato.

L'accesso in OdC può avvenire infatti sia dall'ospedale che dal territorio e, per quanto attiene la eligibilità, le ammissioni sono riservate principalmente a persone con multimorbidità provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, a persone fragili e/o con patologie croniche provenienti dal domicilio per presenza di una riacutizzazione di una condizione clinica preesistente, che non necessitano comunque di ricovero presso ospedale per acuti, a persone che necessitano di assistenza infermieristica nelle ADL, nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, non effettuabili a domicilio, anche per mancanza di un supporto familiare.

La finalità di tale organizzazione è quella di garantire continuità alla presa in carico delle persone in caso di insorgenza di un bisogno cui non è possibile dare risposta nel contesto domiciliare.

Mission primaria dell'OdC è quindi quella di evitare ricoveri impropri alle persone fragili e/o anziane in situazioni di complessità assistenziale o con patologie croniche che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica, riducendo quindi l'utilizzo della lungodegenza e dell'istituzionalizzazione.

È prevista a livello regionale l'attivazione di due tipologie di OdC, per garantire una presa in carico misurata sugli effettivi bisogni clinico-assistenziali delle persone accolte: l'Ospedale di comunità ad alta complessità assistenziale e l'Ospedale di comunità a medio-bassa complessità assistenziale, le cui caratteristiche sono declinate nella richiamata d.g.r. n. 1534 del 2024.

Entrambe le suddette tipologie di OdC consentono dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di bisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia.

Gli interventi garantiti dagli OdC concorrono quindi sia ad aumentare l'appropriatezza dell'utilizzo del livello ospedaliero, sia al potenziamento della capacità clinica e assistenziale dell'assistenza territoriale, nell'ambito dello sviluppo dei processi di miglioramento dei percorsi di continuità coordinati tramite le Centrali operative territoriali (COT) e integrati dall'organizzazione delle Aggregazioni funzionali territoriali (AFT) della medicina generale.

La Zona-distretto/SdS, come stabilito dall'art. 64 della l.r. n. 40/2005, è l'ambito territoriale ottimale di valutazione dei bisogni sanitari e sociali della comunità, nonché di organizzazione ed erogazione dei servizi inerenti alle reti territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate, ed assume pertanto un ruolo di responsabilità primaria nella organizzazione funzionale e gestionale degli OdC afferenti al proprio ambito territoriale.

L'Ospedale di comunità può avere una sede propria, essere ubicato presso strutture sanitarie polifunzionali (ad esempio Case della comunità), presso presidi ospedalieri riconvertiti, presso strutture residenziali sanitarie, oppure essere allocato in una struttura ospedaliera, in spazi dedicati. Gli OdC devono avere una dotazione minima di diagnostica di base e attivare i necessari raccordi con strutture che erogano la diagnostica necessaria alla gestione dei pazienti, da definire in apposite procedure. L'assistenza in OdC viene erogata utilizzando posti letto sanitari territoriali, organizzati in moduli, di norma di 15-20 posti letto.

La programmazione regionale prevede la presenza di almeno 1 Ospedale di comunità in ogni Zona-distretto/SdS, avendo comunque come riferimento lo standard di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti. La programmazione regionale prevede il progressivo raggiungimento di un tasso di occupazione dei posti letto, superata la iniziale fase di messa a regime, pari almeno al 85%.

L'Ospedale di comunità è operativo 7 giorni su 7, h24, per l'assistenza ai degenti e per l'ammissione dei pazienti, con differenziate modalità di presenza di personale medico, infermieristico, della riabilitazione e assistenziale.

L'assistenza medica è assicurata da medici di medicina generale o da medici dipendenti del SSN e l'assistenza infermieristica è continuativa sulle 24 ore.

L'OdC deve dotarsi di un sistema informativo che supporti la raccolta e la registrazione delle prestazioni rese, necessario sia ai fini del monitoraggio aziendale e regionale dell'attività clinica ed assistenziale erogata, sia a garantire l'assolvimento dei debiti informativi ministeriali. Tale sistema dovrà consentire il monitoraggio delle prestazioni erogate dai Presidi residenziali di assistenza primaria/Ospedali di comunità, nell'ambito del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) del Ministero della salute.

5 La Casa della comunità

E. Scopetani (Regione Toscana)

Regione Toscana ha promosso nel tempo l'adozione di un modello organizzativo di integrazione dei servizi territoriali, finalizzato a garantire la presa in carico globale della persona, la continuità assistenziale ospedale-territorio e l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale.

Tale modello, che a partire dalle prime sperimentazioni e fino alla inclusione nei principi cardine della sanità toscana è stato identificato nel modello "Casa della salute", è stato progressivamente affinato e diffuso sul territorio regionale grazie a varie fonti di finanziamento, fino ad essere confermato e rinnovato nelle sue caratteristiche e finalità dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e dal successivo decreto ministeriale n. 77/2022.

Il PNRR, la cui Missione 6 riguarda la "Salute", stanziava un cospicuo finanziamento dal valore di 18,5 miliardi per il "potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale" con la "Casa della comunità al centro del territorio".

Nel decreto ministeriale n. 77/2022, *"Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale"*, la Casa della comunità (CdC) è definita come «il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento [...] Nella Casa della comunità lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale».

Con il passaggio dal modello di Casa della salute (CdS) a Casa della comunità (CdC) il Ministero della salute ha voluto portare l'accento sulla valorizzazione del territorio e delle risorse della comunità, nonché la promozione di un approccio integrato e multidimensionale al fine di garantire ai cittadini:

- l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria;
- la presa in carico di persone con problemi di cronicità e fragilità;
- la valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata;
- la risposta alla domanda di salute della popolazione e, ove necessario, la conseguente attivazione di percorsi di cura multidisciplinare che prevedono l'integrazione dei servizi.

Il d.m. n. 77/2022 prevede CdC *hub* (una ogni 40.000-50.000 abitanti) e CdC *spoke*. La CdC *hub* è la struttura di riferimento, completa nelle sue dotazioni di servizio e punto di riferimento per la programmazione sanitaria. Le CdC *spoke* sono invece le articolazioni territoriali con dotazione di servizi più ridotta, la cui copertura viene stabilita dalle singole regioni.

Con la d.g.r. n. 599/2022 Regione Toscana ha definito le CdC oggetto di investimento PNRR; successivamente le Aziende USL hanno avviato un processo di analisi in relazione alla riorganizzazione, anche attraverso altre fonti di finanziamento, delle strutture esistenti (tra cui le Case della salute) al fine di definire l'assetto delle CdC *hub* e *spoke* sui propri territori.

Con la d.g.r. n. 1508/2022 Regione Toscana ha recepito e attuato le indicazioni del d.m. n. 77/2022, espandendo la dimensione dell'integrazione socio-sanitaria quale tratto distintivo del modello territoriale toscano e includendo tra gli obiettivi del modello il sostegno dell'accesso agli interventi sociali, socio-sanitari e socio-educativi; l'attivazione di interventi di protezione per le famiglie e le persone in condizioni di disagio, di discriminazione o di esclusione sociale; la promozione dell'integrazione dei diversi attori locali e la responsabilizzazione delle reti territoriali nella promozione del benessere; il sostegno alle politiche che riducono il grado di esposizione della popolazione al rischio di esclusione, di emarginazione o di disagio sociale; l'attenzione alla tutela dei minori quali soggetti fragili e a rischio evolutivo, al supporto alle donne vittime di violenza, alle vittime di tratta, agli adulti e anziani in situazione di grave disagio fisico e/o psichico, alle altre persone e famiglie in condizione di grave difficoltà o indigenza.

Gli indirizzi della d.g.r. n. 1508/2022, in continuità con l'esperienza ormai più che decennale delle Case della salute in Toscana, hanno posto le basi per la progressiva evoluzione del modello organizzativo Casa della salute alla Casa della comunità.

In tale prospettiva, con d.g.r. n. 38/2024 sono stati adottati indirizzi per l'implementazione del modello Casa della comunità, dando mandato alle Aziende USL di definire ciascuna un piano di sviluppo dei servizi territoriali, quale mappa della progressiva implementazione del modello della Casa della comunità sul proprio territorio secondo gli standard previsti dal d.m. n. 77/2022.

I piani aziendali sono stati approvati con d.g.r. n. 631/2024. Le Aziende USL hanno successivamente avviato la progressiva validazione delle strutture quali CdC attive in base agli standard del d.m. n. 77/2022.

Le CdC che avevano completato il processo di validazione a dicembre 2024 sono state inserite nella rilevazione semestrale effettuata dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali rispetto all'attuazione del d.m. n. 77/2022.

A dicembre 2024 risultano validate con servizi attivi in base agli standard del d.m. n. 77/2022, 42 CdC, di cui 11 oggetto di investimento PNRR e 31 non oggetto di investimento PNRR.

6 Rete delle cure palliative

L. Romiti, F. Masini (Regione Toscana)

La Regione Toscana ha dato attuazione con plurimi atti alla legge n. 38/2010, che distingue setting per le cure palliative (CP) diversi sulla base dei criteri di complessità ed intensità assistenziale, attenendosi al principio dell'appropriatezza ed equità di accesso (casa o domicilio del paziente, hospice o struttura ospedaliera ed ambulatoriale). La legge n. 38/2010 individua, altresì, criteri e standard di accreditamento delle strutture, delle reti e di riconoscimento delle competenze per i professionisti.

In Toscana le CP sono attive da oltre venti anni e, come stabilito dalle d.g.r. n. 199/2014 e n. 1337/2018, risultano articolate in reti regionali ed aziendali suddivise in Unità funzionali su tutto il territorio, così da coordinare i percorsi di presa in carico assistenziale, monitoraggio e continuità delle cure, consegna degli ausili, raccolta dati trasmessi al sistema informatico regionale, percorsi formativi dedicati ad operatori e professionisti, fino a programmi di supporto al paziente ed ai familiari.

È attiva anche una specifica Rete di cure palliative per l'età pediatrica, coordinata dall'AOU Meyer, ove ha sede l'hospice pediatrico toscano.

La d.g.r. n. 1337/2018 stabilisce inoltre la composizione e le funzioni del coordinamento strategico della governance della Rete regionale delle CP, che coinvolge i referenti aziendali.

Dal 2020, inoltre, fanno parte delle reti aziendali numerose organizzazioni di volontariato no-profit, convenzionate con le AUSL.

Con il d.m. n. 77/2022, che definisce gli standard assistenziali ed il target del bacino di utenza da raggiungere, le reti delle CP sono state strettamente connesse all'assistenza domiciliare, in ottemperanza al principio della casa come primo luogo di cura che si inserisce nel modello di assistenza territoriale sviluppato poi con la d.g.r. n. 1508/2022 e la successiva d.g.r. n. 960/2023.

Lo stesso Piano regionale 2023-2026 concepisce tali cure come simultanee alle terapie attive, oltre che di supporto nel fine vita.

Fra gli obiettivi esplicitati si ricordano, in particolare, l'inserimento della Rete locale di CP nel programma di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale, da cui il coinvolgimento delle Aziende sanitarie, della medicina generale e della pediatria di famiglia, il potenziamento del rapporto tra Aziende USL, organizzazioni di volontariato ed enti del Terzo Settore.

A seguire, in attuazione dei principi e degli atti normativi ed amministrativi sia di matrice nazionale che regionali esplicitati nei paragrafi precedenti, la Regione Toscana ha approvato il decreto dirigenziale n. 10968/24 che, in adempimento di quanto previsto dalla legge n. 38 del 2010, nomina i responsabili clinici della Rete regionale CP adulti ed in età pediatrica.

In ottemperanza a quanto stabilito dalla legge finanziaria 29 dicembre 2022 n. 197, che interviene sulla legge n. 38/2010, si ricorda altresì la d.g.r. n. 64/2025 di approvazione del Piano di potenziamento delle CP a scorrimento annuale, che ribadisce gli obiettivi da

raggiungere in base al d.m. n. 77/2022, stabilendo le azioni da intraprendere per raggiungerli e superare eventuali punti di criticità.

Fra queste, si stabilisce per le Regioni e le Province autonome l'obiettivo della copertura del 90% del fabbisogno di CP da raggiungere entro il 2028, il consolidamento di tale assistenza domiciliare attraverso la progressiva estensione della presa in carico di malati in condizioni di cronicità complesse e avanzate tramite le equipe delle UCP-domiciliari e, tramite le medesime equipe, anche in RSA, il consolidamento delle CP residenziali attraverso il processo di ampliamento dell'offerta degli hospice territoriali, garantendone la distribuzione uniforme su tutto il territorio.

Altri obiettivi sono rappresentati dalla garanzia delle CP in sede ospedaliera attraverso attività di consulenza specialistica e attività ambulatoriale ed al tempo stesso un governo degli accessi al Pronto soccorso in termini di appropriatezza e continuità dell'assistenza, il potenziamento della governance sia a livello regionale che aziendale, l'implementazione delle palliative precoci, intese qui come cure di supporto alla qualità della vita, sia in ambito ospedaliero che territoriale.

Altri obiettivi del Piano pluriennale sono anche numerose azioni trasversali, quali la stesura di PDTA e PDTA-S che facilitino la presa in carico, l'integrazione dei servizi e la fornitura di farmaci e presidi ai pazienti in carico territoriale, la formazione mono e pluri-professionale per favorire l'integrazione nella rete dei servizi, il miglioramento tecnologico della rappresentazione delle attività svolte, il coinvolgimento dei cittadini per migliorare la qualità delle cure, la promozione della ricerca.

Si evidenzia, infine, il percorso di accreditamento in corso della Rete regionale delle cure palliative, obiettivo previsto dalla d.g.r. n. 960/2023 e ribadito nel Piano di potenziamento approvato.

Facendo infine seguito a quanto sopra richiamato e, in particolare, a quanto previsto a livello nazionale e regionale con il d. lgs. n. 117/2017 e con legge regionale 22 Luglio 2020, n. 65 *“Norme di sostegno e promozione degli enti del Terzo settore toscano”*, è stato adottato il decreto n. 6639/ 2025, che approva le linee operative per la realizzazione dei percorsi di co-progettazione fra Aziende sanitarie ed enti del Terzo settore nell'ambito delle CP.

Tale risultato è stato possibile anche a seguito di un serrato confronto con il mondo del volontariato e del Terzo settore operanti in tale settore quale specifici soggetti grazie al cui contributo è maggiormente possibile perseguire l'obiettivo del necessario ampliamento sistemico delle reti locali di assistenza, integrandolo nel sistema documentale dell'accREDITAMENTO della Rete delle CP, soprattutto per ciò che concerne l'adozione e il rispetto delle procedure, dei protocolli, istruzioni operative, utilizzo della modulistica cartacea e digitale validate dalle Aziende USL.

7 Salute in carcere

A. Vassalle (Regione Toscana)

Da febbraio 2020 fino ad agosto 2023 è stata affrontata e gestita in collaborazione col settore regionale della Prevenzione, l'emergenza COVID nelle carceri attraverso:

- protocolli di prevenzione e gestione della diffusione del virus nel carcere, condivisi tra Amministrazione penitenziaria e Aziende sanitarie tramite l'Osservatorio regionale e aggiornati in base all'evoluzione delle linee guida nazionali: versioni marzo 2020, giugno 2020, settembre 2021, maggio 2022, agosto 2023. Dal 2020 al 2023 sono stati svolti n. 16 Osservatori regionali per la gestione dell'emergenza COVID nelle carceri;
- note di indirizzo per la gestione dei colloqui, della sorveglianza sanitaria, dell'esecuzione dei tamponi e dei test sierologici e della somministrazione dei vaccini e note di trasmissione alle Aziende sanitarie di tutte le notifiche giudiziarie relative a necessità di accertamento dello stato di salute dei detenuti;
- monitoraggio continuo attraverso una rilevazione settimanale dei casi di contagio COVID e delle dosi vaccinali somministrate in ognuno dei 18 istituti regionali dal dicembre 2020 all'agosto 2023, con redazione di report complessivo regionale inviato settimanalmente all'Assessorato, al Provveditorato, al Garante regionale dei detenuti e alle Aziende sanitarie.

Sono stati approntati atti di programmazione delle azioni prioritarie da realizzare per la sanità penitenziaria e per l'assistenza ai pazienti psichiatrici autori di reato con la d.g.r. n. 672/2020, la d.g.r. n. 356/2021 e la d.g.r. n. 669/2024. Di seguito gli obiettivi stabiliti e i relativi risultati conseguiti:

1. verifica ed aggiornamento delle linee di indirizzo regionali in materia di erogazione sanitaria negli istituti penitenziari e d'implementazione della rete dei servizi e dell'efficienza delle prestazioni:
 - è stato avviato l'iter per l'aggiornamento della delibera regionale relativa all'organizzazione sanitaria nelle carceri ed effettuato annualmente il relativo monitoraggio attraverso la raccolta di dati di tutti i 18 istituti penitenziari;
 - è stato nominato il coordinatore della rete sanitaria penitenziaria regionale con decreto dirigenziale n. 24373/2023;
 - sono stati individuati posti letto dedicati per i detenuti di Sollicciano presso l'AOU Careggi con d.g.r. n. 1427/2022;
 - è stato siglato l'Accordo integrativo regionale con la medicina generale per l'assistenza negli istituti penitenziari in attuazione dell'Accordo collettivo nazionale (ACN) 2022 della medicina generale, con d.g.r. n. 529/2023;
 - con d.g.r. n. 63/2025 che approva le Linee di indirizzo cliniche ed organizzative per l'implementazione dell'assistenza odontoiatrica, è stata inclusa l'odontoiatria carceraria e la garanzia, anche ai ristretti in carcere, degli stessi livelli di assistenza previsti dalle linee stesse;

2. definizione e realizzazione dei progetti annuali di implementazione dell'assistenza psicologica negli istituti penitenziari:
 - sono stati finanziati annualmente progetti per il reclutamento di personale aggiuntivo per lo svolgimento dell'assistenza psicologica all'interno delle carceri. Con d.g.r. n. 672/2020, n. 356/2021, n. 656/2022, 1n. 089/2023 e n. 669/2024 sono stati assegnati in totale più di 1,6 milioni di euro (€ 1.644.858,60);
3. monitoraggio dei Piani di prevenzione del rischio suicidario nelle carceri e rischio clinico nelle carceri:
 - sono stati aggiornati i Piani regionali di prevenzione del rischio suicidario negli istituti detentivi per adulti e per minori, rispettivamente con d.g.r. n. 1495/2024 e d.g.r. n. 1496/2024, con conseguente aggiornamento anche del monitoraggio a cura dell'Agenzia regionale di sanità;
 - sono stati attivati con l'Osservatorio regionale gruppi di monitoraggio degli eventi critici con il coordinamento del Centro regionale di riferimento per le criticità relazionali e il Centro regionale rischio clinico;
 - è stata effettuata la formazione agli operatori sanitari e penitenziari di tutte le carceri per la prevenzione del rischio suicidario fornendo elementi cognitivi ma anche pratici, attraverso lezioni, presentazione dei problemi o casi clinici in seduta plenaria e discussione. Per ogni edizione è stato presente un tutor FAD di contenuto per la gestione dell'aula virtuale e delle interazioni tra docenti e partecipanti, allo scopo di monitorare il percorso di apprendimento ed eventuali necessità di approfondimento tramite chat/forum. I destinatari sono stati medici, infermieri, agenti di polizia penitenziaria, psicologi, funzionari giuridici pedagogici, assistenti sociali, educatori professionali e OSS che lavorano all'interno delle carceri toscane. Si sono svolte 39 edizioni, per un totale di 780 operatori formati del Servizio sanitario regionale e dell'Amministrazione penitenziaria;
4. interventi appropriati a sostegno dei bisogni di salute dei minori presenti negli istituti penali per i minorenni (IPM):
 - è stato attivato un tavolo regionale con le Aziende sanitarie e il Centro di giustizia minorile per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria per minori autori di reato;
 - sono stati recepiti, con d.g.r. n. 405/2025, gli Accordi Stato-Regione in merito a strutture comunitarie sperimentali di tipo socio-sanitario ad elevata integrazione sanitaria rivolte a minori e giovani adulti con disagio psichico e/o abuso di sostanze e alle Linee di indirizzo per l'assistenza sanitaria ai minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità giudiziaria;
5. programmazione in materia di percorsi di cura ed inclusione dei rei prosciolti per infermità mentale, ai sensi della legge n. 81/2014:
 - sono stati approvati i Protocolli regionali per la collaborazione con l'Autorità giudiziaria in relazione alla gestione dei percorsi assistenziali ex legge n. 81/2014 (d.g.r. n. 1282/2020);

- è stata attivata la seconda Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) toscana ad Empoli, con n. 20 posti letto (d.g.r. n. 1193/2020);
 - è stato istituito, con le d.g.r. n. 570/2023 e n. 742/2023, il Punto unico regionale, ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni CU/188/2022 quale Organismo di gestione dei percorsi assistenziali per i pazienti psichiatrici autori di reato;
 - sono state assegnate, con d.g.r. 1338/2022 e d.d. 24674/2022, risorse ministeriali (€ 2.000.000,00) per la qualificazione dei percorsi per l'effettiva presa in carico e reinserimento sociale dei pazienti con disturbi psichiatrici autori di reato a completamento del processo di attuazione della legge n. 81/2014, favorendo percorsi innovativi che diano alternativa al ricovero in REMS;
 - sono state assegnate risorse ministeriali per la copertura dei costi di funzionamento delle REMS con decreti dirigenziali n. 12366/2020 n. 12320/2021, n. 13949/2022 n.19209/2022, n. 21933/2023, n. 11205/2024, n. 1659/2025 per un totale di più di 22 milioni di euro (€ 22.080.293,99);
 - è stata svolta (decreto dirigenziale n. 22485/2022) la formazione in ambito psichiatrico forense a tutti gli operatori aziendali e ai rappresentanti della magistratura e dei periti della Toscana per una corretta e condivisa presa in carico del paziente psichiatrico autore di reato con 15 edizioni formative (5 per ciascuna ASL) e un convegno finale con l'individuazione di referenti aziendali forensi presso ciascuna Azienda sanitaria. La formazione ha trattato il progetto di consulenza psichiatrico forense, l'imputabilità, la pericolosità sociale, il ruolo del servizio psichiatrico e residenziale nel trattamento del paziente autori di reato, il ruolo del referente forense all'interno del Centro di salute mentale, il ruolo del perito e la compatibilità con l'incarico peritale, i quesiti posti dal magistrato, modalità di contatto e collaborazione tra perito e Centro di salute mentale, modalità di contatto e collaborazione tra magistrato e Centro di salute mentale;
 - è stato aggiornato, in collaborazione col settore Investimenti sanitari, il programma strutturale per il superamento dell'OPG, con d.g.r. n. 488/2023 che prevede 60 posti letto REMS, di cui 50 già attivi (30 provvisori presso la REMS di Volterra e 20 definitivi presso la REMS di Empoli). Sono inoltre previsti posti letto nelle strutture intermedie territoriali: 75 di cui 59 già attivi. A regime (2027/2028) vi saranno 60 posti letto e 105 posti nelle strutture intermedie (75+ i 30 della REMS provvisoria di Volterra riconvertiti);
6. azioni monitoraggio e accompagnamento per il miglioramento del benessere organizzativo e della qualità assistenziale nelle carceri e nel circuito penale delle misure di sicurezza psichiatriche:
- sono stati siglati, con le d.g.r. n. 856/2022 e d.g.r. n. 1451/2024, Accordi con l'Amministrazione penitenziaria per il miglioramento dell'organizzazione e del benessere del personale operante nelle carceri, in particolare del corpo di polizia penitenziaria fornendo, tramite il Centro di riferimento regionale sulle criticità

relazionali presso l'AOU Careggi, consulenza sul benessere del personale, contributi alla definizione e progettazione di iniziative di tipo formativo dedicate ai professionisti e gruppi di lavoro, progettualità a contrasto del disagio del personale dell'Amministrazione penitenziaria, contributi all'analisi delle criticità ed alla promozione di momenti strutturati di confronto e approfondimento su temi specifici;

- sono stati finanziati, con le d.g.r. n. 1543/2022 e n. 1128/2024, progetti per promuovere il benessere e la salute psicologica del personale dell'Amministrazione penitenziaria all'interno degli istituti toscani offrendo un percorso di conoscenza e miglioramento del benessere individuale e di gruppo, a cura del Centro di riferimento regionale sulle criticità relazionali presso l'AOU Careggi per € 48,000,00;
- è stato siglato, con d.g.r. n. 435/2025, un Accordo di collaborazione con il Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria per la Toscana e l'Umbria per il finanziamento di progetti di cura e assistenza dei detenuti, ai sensi dell'articolo 1, comma 856, lettera c) della legge 29 dicembre 2022, n. 197 che prevede l'utilizzo di 264.207,46 di euro, messi a disposizione dal Provveditorato, per risorse umane e strumentali necessarie alla realizzazione dei percorsi di cura ed assistenza sanitaria e psichiatrica, in particolare nell'ambito del disturbo psicologico di adattamento ambientale e del disagio comportamentale.

8 Le nuove sfide dei servizi per la salute mentale e le dipendenze

B. Cavandoli, C. Isoldi (Regione Toscana)

La pandemia di COVID-19 ha lasciato segni indelebili non solo dal punto di vista fisico, ma anche mentale. L'aumento di ansia, depressione e disturbi post-traumatici ha spinto i sistemi sanitari di tutto il mondo a riconsiderare le proprie strategie. Se durante la fase acuta della pandemia si è giustamente data priorità alla gestione clinica dei contagi, i mesi successivi hanno messo in luce un altro lato della crisi: quello psicologico. È oramai noto come la quarantena, l'isolamento sociale e l'aumento dei casi di COVID-19 siano strettamente legati ad un peggioramento generale della salute mentale nella popolazione. Numerose evidenze scientifiche documentano come, nelle diverse storie cliniche, un disturbo di tipo psichiatrico (anche non conclamato) possa precedere, associarsi o conseguire all'uso di sostanze. Inoltre negli ultimi decenni si è assistito a un'evoluzione del concetto di dipendenza patologica: se prima, con questo termine, si faceva riferimento prevalentemente a un disturbo legato all'abuso di alcol o sostanze, con il passare degli anni, le esperienze che possono essere al centro di una dipendenza sono aumentate fino ad arrivare a comprendere tutta una serie di comportamenti che non hanno a che fare con l'uso di una sostanza ma che comunque interferiscono con il sistema nervoso, l'equilibrio neurochimico e con vari aspetti della vita della persona. Queste "nuove dipendenze", "*new addictions*", interessano un numero di persone sempre maggiore ed includono un gruppo eterogeneo di disturbi in cui l'oggetto della dipendenza è un comportamento che, il più delle volte, è socialmente accettato se non addirittura incoraggiato (ad esempio: dipendenze dalle nuove tecnologie quali internet, *smartphone*, giochi on line, *social network*, disturbo da gioco d'azzardo, dipendenza affettiva, shopping compulsivo...).

Sebbene siano stati compiuti enormi progressi nella comprensione e nel trattamento delle malattie mentali, lo stigma che le circonda persiste e l'accesso all'assistenza sanitaria a volte non è pari a quello delle patologie generali. Ad esempio, i soggetti con malattie mentali possono sentire di non poter parlare ad altri dei propri sintomi o della propria malattia o sentire di poter essere colpevolizzati per la propria malattia. La dipendenza patologica, in particolare quella da sostanze, è frequentemente anch'essa oggetto di stigmatizzazione e questo può generare una forte resistenza nel riconoscere il disturbo e nell'accedere alle cure da parte di chi vive il disturbo. Lo stigma ha molto a che fare con una visione sociale diffusa che immagina sia sufficiente una forte volontà per uscire da un problema di dipendenza. In queste situazioni è come vedere due facce della stessa medaglia: da un lato "smetto quando voglio", dall'altro lato "se non smetti è perché non vuoi". Quando questa visione è radicata può riguardare infatti sia chi usa, sia chi osserva e interpreta il fenomeno. Inoltre lo stigma, quando diffuso, rischia di ostacolare il trattamento delle dipendenze, ritardando l'accesso alle cure come per la salute mentale.

Pertanto le nuove sfide dei servizi per la salute mentale e le dipendenze si dovranno concentrare nel ripensarsi alla luce dei nuovi bisogni di salute. È necessario che questi temi

diventino una priorità, potenziando i servizi ed integrandoli nel modello dell'assistenza territoriale come previsto dal d.m. n. 77/2022 e dalla d.g.r. n. 1508/2022 fornendo risposte sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate. Ogni soggetto necessita di una rete sociale che soddisfi il bisogno umano di essere assistito, accettato e supportato emotivamente, soprattutto nei momenti di stress. Diversi studi hanno dimostrato che un forte sostegno sociale può migliorare significativamente il recupero sia dalle patologie generali sia da quelle mentali. È di fondamentale importanza perseguire la lotta allo stigma che ostacola l'accesso alle cure anche attraverso eventi e campagne per sensibilizzare la popolazione sull'importanza del benessere mentale e del contrasto alle dipendenze patologiche. Regione Toscana, dopo l'uscita del d.m. n. 77/2022, ha approvato, con la d.g.r. n. 1508/2022, la programmazione dell'assistenza territoriale in Toscana sulla quale, negli ultimi tre anni, è fortemente impegnata per darvi attuazione.

Al fine di innovare i servizi, dall'inizio dell'anno 2025, sono stati attivati con le Aree delle dipendenze i seguenti tavoli di lavoro:

1. rimodulazione dei percorsi assistenziali terapeutici in materia di prevenzione, cura e reinserimento sociale e lavorativo delle persone con disturbo da dipendenza patologica;
2. riattivazione della rete dei centri antifumo per il contrasto al tabagismo e al nicotinismo;
3. monitoraggio delle attività di contrasto, cura e prevenzione del disturbo da gioco d'azzardo;
4. monitoraggio dei percorsi di cura e trattamento anche integrati dal privato sociale per la dipendenza da alcol.

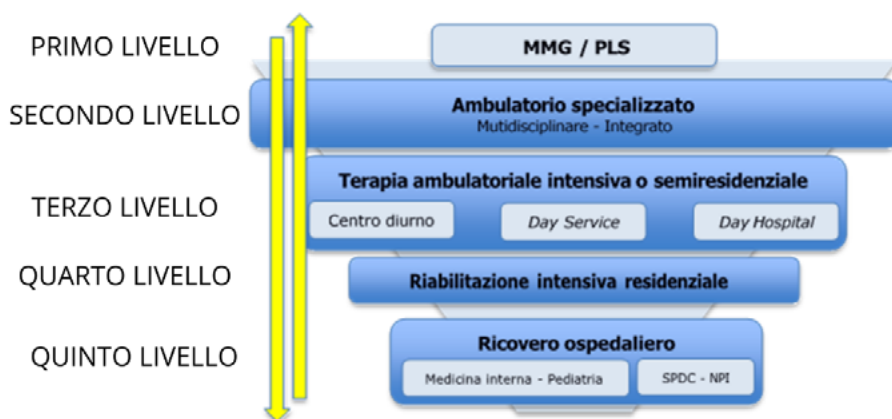
Nell'ambito delle azioni per migliorare ed innovare i servizi per la salute mentale ci sentiamo di riportare due delle più recenti innovazioni del sistema sanitario regionale toscano che riguardano i disturbi dell'alimentazione e della nutrizione e il benessere psicologico e psicologia di cure primarie.

8.1 I disturbi dell'alimentazione e della nutrizione

I disturbi dell'alimentazione e della nutrizione (DAN) rappresentano, dopo i disturbi da uso di sostanze, i disturbi mentali a più rapida crescita nella popolazione, con un aumento di incidenza e prevalenza particolarmente significativo e possibile presenza in comorbidità (Devoe et al., 2021). L'insieme di questi dati rende i DAN una sfida assistenziale ed un tema di crescente rilevanza in sanità pubblica, anche considerando che nella fase post-pandemica si è assistito ad un ulteriore incremento della loro incidenza, con stime che vanno dal 15 al 30% in più nelle adolescenti di sesso femminile (Linardon et al., 2022, Taquet et al., 2021) e con peggioramento della psicopatologia generale e specifica (Monteleone et al., 2021; Hartmann-Munich et al., 2022). Data la complessità psicopatologica e assistenziale di questi disturbi, Regione Toscana ha ritenuto fondamentale redigere un Piano di attività per i disturbi dell'alimentazione e della nutrizione (d.g.r. n. 318/2023) e utilizzare le risorse

dei fondi ministeriali dedicati per potenziare i servizi e le azioni per la presa in carico globale della persona all'interno di una rete ad integrazione socio-sanitaria. Suddetto Piano di attività costituisce una rete clinica regionale dei DAN, promuove e stabilizza i livelli di cura previsti nelle Linee di indirizzo nazionali e assicura attività formative, informative e di comunicazione. In linea con le indicazioni e i contenuti del decreto ministeriale n. 77/2022 “Nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel SSN”, e con la d.g.r. n. 1508/2022, è stato approvato il percorso regionale diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) che prevede percorsi integrati e in rete, in grado di garantire una continuità di cure attraverso cinque differenti livelli, da quello ambulatoriale specializzato, ai setting a maggiore intensità di cura che devono coinvolgere l’ambiente sociale del paziente ed i suoi *caregiver*.

Figura 2. Stepped care nel trattamento dei disturbi alimentari e della nutrizione



Fonte: PDTA DAN Regione Toscana

Nel modello organizzativo si prevede che l’approccio multiprofessionale (psicologico/psicoterapeutico, psichiatrico, medico-internistico, dietetico ed educativo) e integrato sopra descritto sia declinato non solo per intensità di cura, ma anche a livello di specifiche organizzative delle strutture di cura, secondo un modello di rete declinata per *hub* e *spoke*.

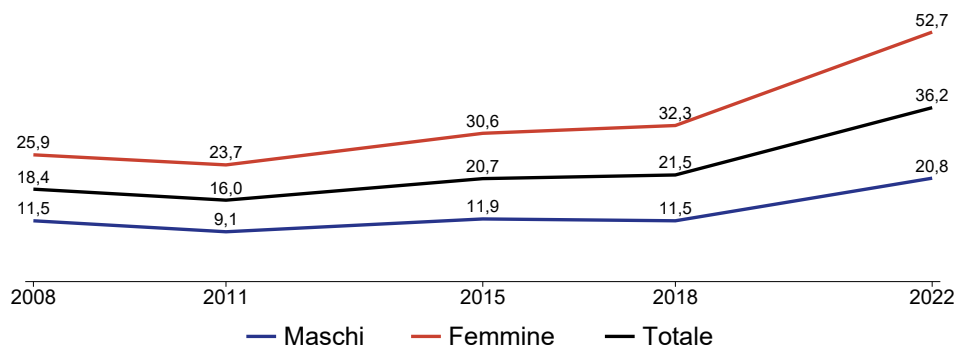
8.2 Benessere psicologico e psicologia di cure primarie

La psicologia di base o di cure primarie è tesa alla promozione di un benessere psicologico di qualità nel contesto della medicina di famiglia, sul territorio, vicino alla realtà di vita dei pazienti, alle loro famiglie e alle loro comunità. L’Organizzazione mondiale della sanità (OMS) riconosce nei servizi di cure primarie i luoghi di elezione per l’individuazione precoce degli

assistiti a rischio di disturbi mentali comuni, allo scopo di attivare programmi psicoeducativi e di orientamento al trattamento (World Health Organization, 2016). I disturbi mentali rappresentano una delle principali fonti di sofferenza e disabilità nel mondo e sono in progressivo aumento. Sempre secondo l'OMS, quasi 1 miliardo di persone nel mondo vive con almeno un disturbo mentale (una persona su dieci a livello globale). Si stima, inoltre, che la pandemia da COVID-19 abbia incrementato di oltre il 25% i disturbi. Già da una delle prime ricerche epidemiologiche nazionali del 2002 sulla depressione nelle cure primarie emergeva che il 41% dei pazienti che chiedeva una consultazione con il MMG dichiarava problemi di natura psicologica o problemi familiari. (Berardi D., Leggieri G., Ceroni G.B., Rucci P., Pezzoli A., Paltrinieri E., et.al. and Ferrari G. *Depression in primary care. A nationwide epidemiological survey*. Family Practice 2022; 19(4), 397-400).

In Toscana attraverso lo studio PASSI si è indagato sul numero di giorni vissuti in cattiva salute psicologica e fisica nel biennio 2021-2022. Ogni intervistato toscano ha dichiarato di aver vissuto in media 2,5 giorni in cattive condizioni di salute psicologica per problemi emotivi, ansia, depressione o stress (ARS, 2024). Il trend 2008-2022 mostra con chiarezza, il progressivo incremento avvenuto nel corso degli anni anche negli adolescenti (14-19 anni), con valori di elevato di stress che passano dal 18,4% al 36,2%.

Figura 3. Distribuzione (%) dell'elevato livello di distress per genere



Fonte: ARS Toscana. *Epidemiologia dei determinanti dell'infortunistica stradale in Toscana (EDIT), 2008-2022*

Alla luce di questi dati epidemiologici e della crescente domanda di presa in carico dei bisogni di ambito psicologico della popolazione, Regione Toscana ha istituito con legge regionale n. 39/2022 “*Disposizioni in materia di istituzione del servizio di Psicologia di Base*”, il servizio di psicologia di base all'interno delle Case della salute e delle Case di comunità come dal regolamento adottato con d.m. n. 77/2022 nella prospettiva di una presa in carico globale della persona e della sua salute, compresi gli aspetti psicologici.

Nel 2023 è stata avviata la sperimentazione di tale servizio (d.g.r. n. 1601/2023) per 18 mesi nelle Aziende USL e nel 2024 Regione Toscana ha definito il Regolamento di attuazione della l.r. n. 39/2022 (d.g.r. n. 43/2024), promuovendo lo sviluppo omogeneo del servizio di psicologia di base sul territorio regionale al fine di garantire equità di accesso alle cure psicologiche ed appropriatezza della presa in carico.

Lo psicologo di base opera in modo integrato al sistema sanitario nazionale (SSN) e collabora con i medici di medicina generale (MMG), i pediatri di libera scelta (PLS) e gli specialisti ambulatoriali al fine di facilitare l'accesso alle terapie psicologiche, affrontare in modo tempestivo le patologie al loro esordio, migliorare l'aderenza alla terapia dei pazienti affetti da patologie croniche e diminuire l'utilizzo improprio e i costi del sistema sanitario. Le prestazioni offerte sono gratuite, l'accesso è diretto su invio del medico. L'assistenza psicologica primaria opera in una logica integrata "somato-psichica", rivolta a considerare quanto le tensioni emotive si riflettano sui problemi del corpo e viceversa. Corpo e mente, infatti, sono strettamente collegati e interagiscono sinergicamente.

I monitoraggi della sperimentazione in corso hanno fatto emergere molteplici elementi qualificanti tra i quali:

- la prevenzione e riduzione del disagio psichico;
- l'intercettazione e risposta precoce alle situazioni che compromettono il benessere psicologico;
- l'integrazione con i servizi sanitari e sociali;
- la possibilità di lavorare in team con gli MMG e i PLS;
- la minore incidenza di invii impropri ai servizi di II livello, nonché una riduzione del ricorso incongruo ad esami e visite specialistiche e degli accessi al Pronto soccorso.

Tenendo conto di suddetti elementi, delle positive valutazioni dell'andamento e delle prospettive della sperimentazione in corso, Regione Toscana ha ritenuto opportuno estendere, coerentemente con i criteri ed i requisiti già assunti con la richiamata d.g.r. n. 1601/2023, la sperimentazione del servizio di psicologia di base in ulteriori dieci sedi delle Aziende USL a partire dal mese di marzo 2025 per una durata di 12 mesi di attività allineandosi di fatto alla conclusione della iniziale sperimentazione prevista a marzo 2026 (d.g.r. n. 244/2025).

Bibliografia e sitografia

- Devoe DJ, Dimitropoulos G, Anderson A, Bahji A, Flanagan J, Soumbasis A, et al. *The prevalence of substance use disorders and substance use in anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis*. J Eat Disord. 2021
- Taquet M, Geddes JR, Luciano S, Harrison PJ. *Incidence and outcomes of eating disorders during the Covid-19 pandemic*. Br J Psychiatry. 2021

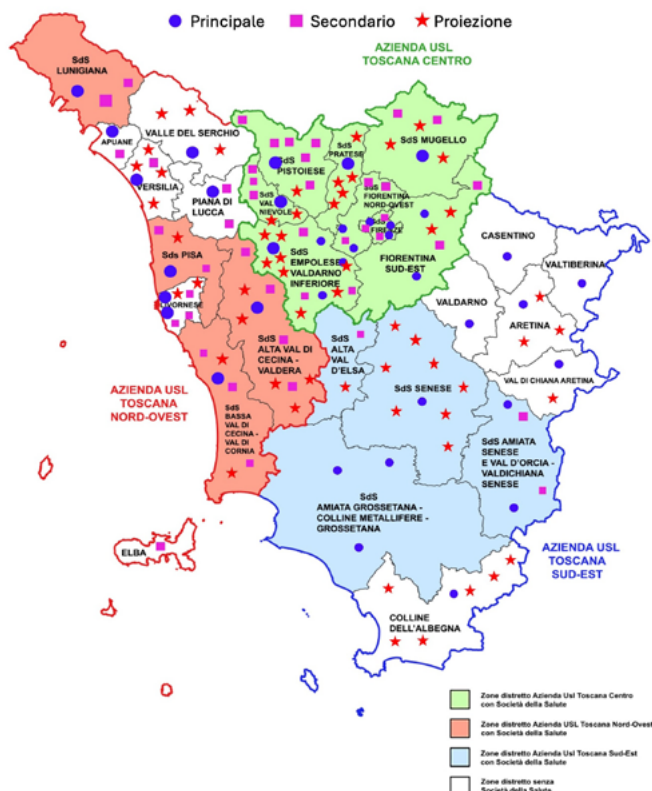
- Monteleone AM, Marciello F, Cascino G, Abbate-Daga G, Anselmetti S, Baiano M, et al. *The impact of Covid-19 lockdown and of the following “re-opening” period on specific and general psychopathology in people with Eating Disorders: the emergent role of internalizing symptoms*. J Affect Disord. 2021
- Hartmann-Munich SM, Lin JA, Milliren CE, Braverman PK, Brigham KS, Fisher MM, et al. *Association of the Covid-19 Pandemic With Adolescent and Young Adult Eating Disorder Care Volume*. JAMA Pediatr. 2022
- WHO. *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*. Mental health Gap Action Programme (mhGAP); version 2.0. Geneva: World Health Organization, 2016
- Olivadori S, Milli C, Pacifici M, Voller F. Lo stato della salute mentale nella popolazione toscana. Agenzia regionale di sanità della Toscana, 2024.
<https://www.ars.toscana.it/approfondimenti-ns/5235-stato-di-salute-mentale-nella-popolazione-toscana.html>

9 I Consulitori

B. Cioni (Regione Toscana)

La d.g.r. n. 674 del 19 Giugno 2023 approva gli indirizzi regionali per le attività consultoriali in Toscana, in coerenza con le indicazioni e le prospettive dell'assistenza territoriale disegnate dal decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 il quale conferma l'importanza del Consultorio familiare (CF) per l'assistenza sanitaria territoriale e lo definisce come struttura aziendale ad accesso libero e gratuito, deputato alla prevenzione, alla cura ed alla promozione della salute delle donne, dei minori, delle coppie e delle famiglie (Figura 4). Viene pertanto proposto un modello a rete dei Consulitori familiari che prevede 1 consultorio ogni 20.000 abitanti, articolato nella programmazione zonale, tenendo conto dei bisogni di salute rilevati, delle caratteristiche della popolazione e dei territori, analogo a quello *hub/spoke* delle Case della comunità.

Figura 4. Consulitori familiari per Zona-Distretto/Società della salute (SdS) di ubicazione al 31 dicembre 2024



Fonte: Rielaborazione del settore Assistenza sanitaria territoriale e coordinamento dei processi di coordinamento dell'immagine di SITA, Regione Toscana, in data 31 dicembre 2021

I Consulitori sono inseriti ove possibile, all'interno delle Case di comunità secondo quanto previsto dal PNRR che vedrà nei prossimi anni la sua completa realizzazione. Sono in corso anche altre opere di ristrutturazione e riqualificazione degli spazi consultoriali all'interno di strutture presenti sul territorio con altri fondi previsti dalle programmazioni aziendali.

Le Aziende hanno pianificato l'organizzazione dei Consulitori secondo la d.g.r. n. 674/2023 che prevede una classificazione dei Consulitori in principali con la presenza dell'equipe di base completa, secondari con la presenza almeno del medico ginecologo e dell'ostetrica e attività di proiezione.

La Regione Toscana ha posto particolare attenzione alle nuove generazioni prevedendo un Consultorio Giovani per Zona-distretto/Società della salute (SdS) e per determinati territori anche la presenza di team mobili o strutture dedicate a funzioni specifiche per meglio intercettare e rispondere ai bisogni dei ragazzi.

I Consulitori, in quanto setting di percorsi assistenziali, sono organizzati nelle Zone-distretto attraverso una distribuzione dei servizi con particolare attenzione alle peculiarità di alcuni target di utenza e attraverso una strategia di messa in rete con gli altri servizi territoriali e ospedalieri, con enti, istituzioni, Terzo settore, Centri di ascolto CARE e Rete regionale di ascolto, medicina e pediatria di famiglia, etc. Si sono progressivamente sviluppate ed implementate ulteriori attività rivolte alla famiglia, alla genitorialità, al percorso donna Codice rosa, all'allattamento al seno, alla presa in carico di vittime di tratta, violenza e tortura e alla gestione delle donne con mutilazioni genitali femminili.

I Consulitori in quanto nodo di una rete di offerta di servizi territoriali hanno partecipato a svariati progetti usufruendo anche di finanziamenti dedicati, tra questi:

- progetto Fondi FAMI I CARE:
 - promuovere e facilitare l'accesso dei richiedenti asilo e dei titolari di protezione internazionale (RTPI) ai servizi interdisciplinari territoriali e consultoriali, concentrandosi in particolare sulla salute materno-infantile, sessuale e riproduttiva;
- progetto Fondi Famiglia la cui finalità è il consolidamento di team multiprofessionali zonali come equipe integrate sull'area della prevenzione, promozione e tutela della genitorialità assicurando, in particolare, il rafforzamento degli interventi di sostegno psicologico. Il Consultorio ha un ruolo specifico per l'attività di consulenza, prevenzione e assistenza ai minori e alle famiglie, nonché per i rapporti con il Tribunale dei minori e i relativi adempimenti connessi;
- progetti Fondi Povertà finalizzati agli interventi previsti dal Piano nazionale per il contrasto alla povertà e, in particolare, per il rafforzamento dei servizi di accompagnamento dei nuclei familiari beneficiari del Reddito di cittadinanza nel percorso verso l'autonomia, definiti attraverso la sottoscrizione di Patti per l'inclusione sociale, che acquisiscono la natura di livelli essenziali delle prestazioni, nei limiti delle risorse disponibili.

Una delle azioni più rilevanti attuate nei processi aziendali è stata quella di istituire una équipe strutturata (assistente sociale, ginecologo, ostetrica e psicologo) nella maggioranza dei Consultori principali.

L'équipe multidisciplinare rappresenta l'approccio olistico delle attività consultoriali. Essa garantisce prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche, terapeutiche, ostetriche, psicologiche, infermieristiche e riabilitative, tutte previste nei Livelli essenziali di assistenza (LEA, art. 25 del d.p.c.m. 2017).

Inoltre è stato garantito un servizio di mediazione culturale in tutti i Consultori nell'ottica di facilitare l'accesso e la conoscenza reciproca, favorendo l'*empowerment* della popolazione migrante sulla salute della donna e sull'età evolutiva e quindi sugli ambiti, sui percorsi e sugli interventi assistenziali e di prevenzione che ne discendono.

Prevenzione e promozione della salute, partecipazione dei cittadini

10 La prevenzione e promozione della salute

L. Aramini (Regione Toscana)

Il punto storico di riferimento per il concetto di salute è la definizione sancita dall'OMS nel 1948, intesa come “pieno benessere fisico, psichico e sociale” e “non solo come assenza di malattia”, tuttavia il concetto di salute è cambiato e si evolve con il tempo.

La visione olistica di *One Health* si basa sul riconoscimento che la salute umana, la salute animale e la salute dell'ecosistema siano tra loro legate indissolubilmente: questo è un concetto, allo stesso tempo, sia antico sia moderno ma è indubbio che la salute sia una risorsa ed un bene fondamentale della società che condiziona lo sviluppo economico e sociale della popolazione.

Le strategie e la programmazione regionali della prevenzione e della promozione della salute sono rivolte ad aumentare il benessere di tutti i cittadini, incentivando i fattori di protezione e riducendo quelli di rischio per la salute, tramite azioni ed interventi che consentono, attraverso opportune reti territoriali, di agire sui determinanti di salute promuovendo azioni integrate di sviluppo di comunità attive e resilienti, collaborazioni interistituzionali e finalizzate ad un'ideale comunicazione per lo sviluppo delle competenze delle persone di tutte le età, la promozione di contesti favorevoli all'adozione di scelte consapevoli e di pratiche salutari in un'accezione di salute biopsicosociale sulla base di evidenze scientifiche.

La salute è quindi un processo che influenza significativamente il successo formativo nell'ambito di una completa dimensione di benessere. È un processo *Life Long Learning* che si prefigge lo scopo di formare, motivare, stimolare e supportare gli individui nell'intraprendere consapevolmente delle azioni e nell'assumere comportamenti favorevoli al mantenimento del proprio benessere per la prevenzione dei fattori di rischio, come raccomandato dalla letteratura internazionale e dall'OMS.

Come settore regionale Prevenzione, Salute e Sicurezza, Veterinaria, oltre a programmare sulla base di documenti di riferimento internazionali e nazionali, per adottare interventi salutari efficaci e, laddove possibile anche *evidence based*, abbiamo anche gli innumerevoli dati forniti dalle periodiche sorveglianze quali PASSI, PASSI d'argento, HBSC, Okkio alla Salute, EDIT ma non solo; facciamo riferimento al PSSIR (Piano sociale e sanitario integrato regionale) in vigore e naturalmente al PRP (Piano regionale della prevenzione) che è una declinazione regionale del relativo PNP (Piano nazionale della prevenzione).

L'elemento strategico di innovazione dell'attuale PNP 2020-2025 sta nella scelta di sostenere il riorientamento di tutto il sistema della prevenzione verso un “approccio” di promozione della salute, rendendo quindi trasversale a tutti i suoi Macro Obiettivi, lo sviluppo di strategie di *empowerment* e *capacity building* raccomandate dalla letteratura internazionale e dall'OMS, coerentemente con lo sviluppo dei principi enunciati dalla Carta di Ottawa.

Il PRP 2020-2025 con i suoi 10 programmi predefiniti e 4 liberi in attuazione del relativo PNP 2020-2025, come ogni piano regionale della prevenzione, fissa obiettivi, strategie ed

azioni per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie e prevede specifiche azioni volte al soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione di riferimento con l'obiettivo di governance e di orientamento intersettoriale e multilivello della sanità pubblica, favorendo il collegamento e l'integrazione tra le azioni previste da leggi, regolamenti e piani di settore della sanità.

Si programma per promuovere la salute favorendo il benessere ed i corretti stili di vita nei singoli e nella comunità, con azioni specifiche nei setting scuola, comunità, lavoro, per lo sviluppo della consapevolezza e della responsabilità delle persone nei confronti della propria salute, con un approccio integrato, continuativo, sostenibile, multifattoriale e multidisciplinare che tenda ad una governance della salute in un'ottica di *One Health*, oltre l'ambito strettamente sanitario.

Per promuovere e proteggere la salute ed il benessere, prevenire e ridurre la morbosità, la mortalità e le disabilità premature, in particolare legate alle malattie croniche non trasmissibili (MCNT) e trasmissibili, comprese quelle a trasmissione sessuale, è necessario adottare strategie individuali, di comunità e negli ambienti di lavoro.

Fondamentali ed imprescindibili, come metodologia sono le *life skills*; le strategie individuali devono essere orientate a favorire l'*empowerment*, le competenze, le conoscenze e la consapevolezza dei singoli, per riconoscere e promuovere il benessere ed i corretti stili di vita con una sana alimentazione, attività fisica costante ed appropriata a tutte le età, un consumo ridotto e consapevole dell'alcol, niente fumo, buone scelte nei consumi e per il tempo libero instaurare relazioni efficaci.

Per promuovere salute nella scuola, nella comunità e nel mondo del lavoro che sono i 3 setting principali di riferimento e di intervento, è necessario il coordinamento dei servizi aziendali coinvolti a partire da quelli dei dipartimenti della Prevenzione ma non solo. Per garantire alla popolazione appropriati interventi multiprofessionali e sinergie è necessaria l'integrazione tra i diversi servizi sanitari, sulla base di una cultura comune della prevenzione e della promozione della salute, presupponendo la capacità di superare le divisioni ed assicurare multidisciplinarietà ed intersectorialità per facilitare l'accesso alle informazioni ed ai servizi sanitari.

10.1 Setting scuola: scuole che promuovono salute

Con la delibera regionale n. 742/2019 che ha recepito gli *Indirizzi di 'policy integrate' per la Scuola che Promuove Salute* - Rep. Atti n. 2/CSR del 17 gennaio 2019, Regione Toscana ha iniziato a mettere in atto il nuovo concetto in base al quale la "promozione della salute" in ambito scolastico non si configura più come una "nuova materia" ma come una proposta educativa continuativa ed integrata lungo tutto il percorso scolastico, dalla scuola dell'infanzia alla scuola secondaria di secondo grado, per affrontare i reali bisogni educativi e formativi dei singoli alunni/studenti, lungo l'intero processo educativo.

La scuola è infatti un contesto privilegiato di incontro con le nuove generazioni in cui favorire

l'acquisizione nei bambini e negli adolescenti, nel personale scolastico e nei genitori, delle conoscenze sui fattori di rischio per la salute e lo sviluppo di abilità utili per contrastare le pressioni di gruppo e sociali verso l'adozione di comportamenti nocivi, nonché attivare specifici interventi di prevenzione e promozione della salute. Il setting scuola è un interlocutore stabile per i giovani e le evidenze mostrano come salute e rendimento scolastico siano fortemente connessi; come i giovani in buona salute abbiano maggiori probabilità di imparare in modo più efficace; i giovani che frequentano la scuola abbiano maggiori possibilità di godere di buona salute; i giovani che stanno bene a scuola e che hanno un legame forte con la scuola e con adulti significativi siano meno propensi a sviluppare comportamenti ad alto rischio e possano avere migliori risultati di apprendimento. Questo però richiede una programmazione partecipata che consenta di superare la prospettiva di "progettualità" a carattere occasionale e calata "dall'alto" poco rilevante in relazione alla *mission* educativa propria della scuola che deve mirare ad obiettivi comuni per il raggiungimento di un migliore stato di salute e di qualità della vita nella scuola e per gli alunni.

Questi principi finalizzati alla promozione della salute nelle scuole in un'ottica anche di equità nella salute, necessitano di interventi lungo tutto il corso della vita, secondo un approccio *life course*, per assicurare ad ogni bambino/a un buon inizio ma anche per prevenire comportamenti non salutari che si instaurano spesso nell'infanzia e nell'adolescenza e quindi per consolidare uno stile di vita sano.

Sulla base degli ottimi e consolidati rapporti anche pregressi, Regione Toscana e l'USR della Toscana hanno iniziato a fine 2022, a costituire la Rete delle "Scuole che promuovono salute" che, partendo dagli iniziali 28 I.C. (Istituti comprensivi che hanno aderito formalmente alla rete su base volontaria), raccoglie oggi ben 225 scuole di ogni ordine e grado, per un totale di circa 1.000 plessi a livello regionale. L'accordo di collaborazione di cui alla DGRT n.796/2022 ha consentito la creazione di tale rete e di strutturare tra "scuola" e "salute" un percorso congiunto e continuativo che include formalmente la promozione della salute, il benessere e la cultura della sicurezza e della legalità all'interno del sistema educativo di istruzione e formazione con una visione integrata, continuativa e a medio/lungo termine, secondo i principi dell'azione intersettoriale e della pianificazione partecipata, in coerenza con le norme e i programmi nazionali e regionali.

Sanità e scuola lavorano insieme, con un'offerta, sulle seguenti 6 aree tematiche sotto elencate:

1. star bene a scuola (relazioni, accoglienza ed emozioni);
2. affettività e sessualità consapevoli;
3. prevenzione delle dipendenze e comportamenti a rischio;
4. cultura della sicurezza;
5. cultura della donazione e cittadinanza consapevole,;
6. alimentazione e movimento con particolare riferimento al genere femminile.

Dalla costituzione della rete ad oggi, numerosi sono stati gli incontri istituzionali per consentire a Regione Toscana, Ufficio scolastico regionale e scuole di lavorare insieme.

Da parte dei professionisti sanitari e di personale universitario appositamente individuato,

sono state offerte decine di corsi di formazione in aree tematiche scelte in base ai bisogni emersi, che hanno coinvolto migliaia di docenti e dirigenti scolastici. Continuo è il rapporto tra i dipartimenti della Promozione della Salute delle 3 Aziende USL della Toscana ed i referenti della Promozione della salute nominati all'interno delle scuole aderenti alla rete, che operano attraverso un tavolo formalmente individuato. È stato anche costituito un apposito sito dedicato alla rete, <https://www.retespstoscana.it/>, nel quale è possibile trovare informazioni, attività e documenti della rete. La rete Toscana ha anche un suo logo identificativo.

Preme tuttavia specificare che, accanto agli interventi dedicati e coprogettati per le scuole della rete che può continuare a crescere, i servizi sanitari aziendali continuano a mantenere in essere anche gli interventi e le attività con il resto delle scuole della Toscana che sono interessate e ne facciano richiesta.

10.2 Setting Comunità attive: la promozione della salute per un invecchiamento attivo ma non solo

Il progressivo invecchiamento della popolazione ed il miglioramento delle capacità curative ha determinato un forte incremento delle patologie croniche, per la cui assistenza vengono oggi impiegati circa i $\frac{3}{4}$ della spesa sanitaria. Questo contesto, per evidenti ragioni di salute, ma anche di sostenibilità economica, deve orientare le attività del sistema sulle fasce di popolazione sana, promuovendone la salute e prevenendo l'insorgenza delle suddette patologie. Ugualmente si rileva il persistere di un'elevata incidenza di incidenti stradali, sul lavoro e domestici.

La prevenzione in tal senso richiede lo sforzo di investire "risorse" destinate a produrre effetti nel tempo, contrastando la tendenza a tamponare le falle e rincorrere all'emergenza. Un impegno, quello della prevenzione e della promozione della salute, che riguarda tutti i livelli assistenziali ma che vede nei dipartimenti della Prevenzione i soggetti chiamati per definizione e competenza ad assicurarne la regia, raccordandosi in particolare con le Zone-distretto e le Società della salute per la promozione della salute, il trasferimento di conoscenze mediante attività di assistenza e informazione, l'orientamento dell'attività basata sull'efficacia in termini di obiettivi di salute, informazione e la comunicazione sui rischi per la salute. È inoltre importante garantire omogeneità di interventi ed integrazione tra i servizi della prevenzione collettiva delle Aziende USL, anche ai fini dell'appropriatezza delle prestazioni e dell'equità di accesso.

Invecchiamento attivo significa essere attivi o attivarsi in maniera formale o informale in uno o più ambiti della sfera sociale (mercato del lavoro, volontariato, relazioni sociali, educazione permanente, assistenza a familiari con disabilità, fare i nonni, ecc.) o anche personale (attività del tempo libero, salute, hobby, turismo, giardinaggio, musica, ecc.), scegliendo l'attività o le attività nelle quali impegnarsi, a seconda delle proprie aspirazioni e motivazioni.

In coerenza agli obiettivi ed alle azioni previste dal PRP 2020-2025 per creare comunità attive, il governo regionale interviene negli ambiti di competenza, le cui azioni sono finalizzate

a migliorare la capacità del sistema sanitario di promuovere e governare la prevenzione, anche attraverso accordi di collaborazione con il terzo settore che garantiscano interventi di promozione della salute e capillari comportamenti legati a sani stili di vita, più partecipati e condivisi, rendendo più efficiente ed efficace l'insieme delle relazioni tra attori istituzionali e tra questi e gli stakeholder.

Le associazioni di volontariato, di promozione sociale, le associazioni sportive ed altri attori del terzo settore sono impegnati in forme di reale co-programmazione e di cittadinanza responsabile dando spazio ad un dialogo strutturato tra cittadini, terzo settore, mondo delle professioni sanitarie e sistema sociale. Il modello di riferimento è una comunità che riesca a mettere in relazione le competenze degli operatori con le risorse e le energie portate dai cittadini, anche i saperi non professionali e le esperienze aggregative di natura informale. In tal senso occorre adottare strumenti che promuovono prossimità, proattività ed integrazione dei servizi per favorire nuove esperienze di welfare mix e di welfare integrativo, sostenute anche dall'introduzione dell'innovazione tecnologica in cui le varie componenti, quella professionale, quella civica e quella delle economie solidali, si incontrano e costruiscono strategie e percorsi che rafforzano le politiche per la salute e l'inclusione sociale.

Insieme per garantire una comunità attiva si favoriscono quindi a livello regionale e locale, la programmazione partecipata di interventi interdisciplinari ed intersettoriali, in particolare attraverso "programmi di promozione dell'attività fisica nella popolazione di ogni fascia di età" che coinvolgano nel 2025, almeno il 50% dei Comuni della Toscana: sono le "passeggiate della salute". Insieme al terzo settore e alle 3 Aziende USL, si coprogetta per garantire interventi volti a promuovere competenze e comportamenti salutari nelle persone adulte quali la *health literacy*, l'*empowerment* e l'*engagement*; viene fornita l'offerta di counseling individuale anche in contesti opportunistici per il contrasto del tabagismo e del consumo rischioso e dannoso di alcol; incentivata la promozione di sana alimentazione, dell'attività fisica e dell'AFA; l'attivazione di interventi strutturati di esercizio fisico; incontri intergenerazionali con la trasmissione di competenze sanitarie digitali tramite PCTO; la partecipazione alla campagne di vaccinazione; incontri sulla sanità di genere; incontri per il corretto uso dei farmaci; incontri per la sicurezza in casa e fuori anche in relazione ad eventi atmosferici quali ondate di freddo o di calore; viene supportata la socializzazione attraverso momenti di incontro con la proiezione di film a tema, affrontando tematiche quali l'affettività, la sessualità e la prevenzione della demenza nella terza età, con esperti sanitari del settore; si favorisce il coinvolgimento attivo della persona anziana nella comunità di riferimento; si agevola la partecipazione a giornate dedicate al benessere anche mentale; corsi di formazione sulla etichettatura degli alimenti ed altro.

Sono ritenute fondamentali anche azioni orientate alla conoscenza, tutela e alla promozione della salute nel setting urbano indoor e outdoor che impattano sulla salute e contenitive dell'inquinamento atmosferico, degli incidenti stradali, in allineamento anche con l'obiettivo imprescindibile dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile, finalizzato a rendere le città e le comunità sicure, inclusive, resilienti e sostenibili.

10.3 Setting lavoro: la promozione della salute nei luoghi di lavoro - il WHP (*Workplace Health Promotion*)

Conosciuto come WHP, il *Workplace Health Promotion* è un programma dell'Organizzazione mondiale della sanità per la promozione della salute nei luoghi di lavoro attraverso corretti stili di vita sul lavoro.

Il WHP è stato avviato nel 2016 con la delibera regionale n. 1078/2016 e, a seguito dell'adozione del nuovo PRP 2020-2025, è stato modificato ed integrato con la d.g.r.t. n. 1420/2022 che prevede sempre lo sviluppo di buone pratiche da realizzare nell'ambito delle sei aree tematiche di riferimento ma ne ha introdotta una nuova: la settimana.

Le aree di intervento sono:

1. la promozione di una corretta alimentazione;
2. il contrasto al fumo di tabacco;
3. la promozione dell'attività fisica;
4. la promozione della sicurezza stradale e di una mobilità sostenibile;
5. il contrasto al consumo dannoso di alcol e alle altre dipendenze;
6. la promozione del benessere lavorativo e della conciliazione vita-lavoro;
7. interventi per promuovere l'aderenza ai piani vaccinali, agli screening oncologici e alla tutela dell'ambiente/risorse.

Inoltre, considerato che il tessuto produttivo toscano è composto in grande maggioranza da realtà produttive medio/piccole, con questa nuova revisione del programma si intende, in un'ottica di maggiore equità, facilitare l'adesione allo stesso anche alle micro e piccole imprese (sono quelle fino a 49 lavoratori), oltre a quelle di dimensioni medio/grandi (sono quelle composte da oltre 50 lavoratori).

Le imprese aderiscono al programma tramite un'apposita modulistica scaricabile dalla relativa pagina regionale che devono compilare ed inviare a mezzo pec al competente settore regionale Prevenzione, Salute e Sicurezza, Veterinaria; saranno poi contattate dal referente usl territorialmente competente che ha funzione di supporto, indirizzo e di monitoraggio del percorso su cui l'impresa aderente sceglie di attuare le buone pratiche.

Aderire al programma regionale WHP consente alle imprese e agli enti di assumere, nell'ambito della loro responsabilità sociale, un ruolo attivo nella promozione della salute e del benessere dei propri dipendenti, di orientare in modo positivo le abitudini di vita dei lavoratori, di ridurre l'assenteismo, le malattie croniche non trasmissibili, i tassi di mortalità e i conflitti interpersonali, di accrescere il senso di appartenenza alla comunità lavorativa e la motivazione al lavoro ed alla crescita professionale e di migliorare l'ambiente e l'organizzazione del lavoro, di compilare il modello INAIL OT23 per il riconoscimento delle Buone Pratiche.

L'adesione è gratuita ed aperta ad imprese micro, piccole, medie e grandi e agli enti pubblici della Toscana ma occorre il possesso di alcuni prerequisiti che sono indicati nella domanda di adesione.

Le imprese che ad oggi hanno aderito sono circa una settantina.

Sono presenti anche 3 accordi di collaborazione con alcune delle maggiori associazioni datoriali per le quali è prevista l'azione di promozione del programma regionale WHP per diffondere tra i propri associati, il concetto di una cultura e di una policy che faciliti l'adozione di stili di vita salutari ed un ruolo attivo nella promozione della salute e del benessere nei luoghi di lavoro.

11 La partecipazione dei cittadini alle politiche di salute

R. Bottai (Regione Toscana)

La Toscana è stata tra le prime regioni italiane a prevedere, attraverso una legge regionale dedicata, la l.r. n.75/2017, un riordino complessivo in materia di partecipazione e di tutela dell'utenza nell'ambito del servizio sanitario regionale, con l'istituzione del Consiglio dei cittadini per la salute e dei comitati di partecipazione aziendali e zonali. Ne fanno parte rappresentanti di associazioni di tutela, categorie di malati, promozione sociale.

Si vuole promuovere la cultura della partecipazione dei cittadini ai processi di sviluppo dei servizi socio sanitari, raccogliendo i bisogni di salute delle comunità locali, coinvolgendoli nel processo decisionale e di monitoraggio e progettando l'offerta più adeguata, assicurando un processo integrato di consultazione, dialogo e confronto tra istituzioni e cittadini, per pianificare e programmare servizi socio sanitari di qualità.

Il sistema è articolato su tre livelli che operano in relazione e sinergia tra loro, integrati nell'organizzazione.

Il Consiglio dei cittadini svolge a livello regionale funzioni consultive e propositive relativamente alla tutela dei diritti, e partecipa a tavoli regionali che si occupano di tematiche di forte interesse per i cittadini. I comitati di partecipazione aziendali e zonali sono le colonne portanti del sistema di partecipazione, le antenne che, sul territorio, raccolgono i bisogni e li riportano ai vari livelli istituzionali, collaborando con le Aziende Usl, le amministrazioni locali, i soggetti della loro comunità.

Il Consiglio dei cittadini per la salute è una sintesi dei comitati aziendali di partecipazione e di Zona-distretto/SdS presenti su tutto il territorio toscano e di organismi di partecipazione regionale su tematiche specifiche, è nominato dal Presidente della giunta regionale e resta in carica per la durata della legislatura regionale.

In questi anni il Consiglio dei cittadini ha collaborato agli atti di programmazione dei piani socio-sanitari regionali, ha fornito contributi all'Organismo toscano per il governo clinico per la redazione dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali e partecipa in maniera continuativa a tavoli e commissioni regionali che si occupano di tematiche di forte interesse per i cittadini, come le liste di attesa, l'appropriatezza, l'orientamento ai servizi con la produzione di materiale informativo.

Ha promosso e partecipato alla definizione della proposta di legge regionale sul caregiver familiare come una risorsa della rete di protezione e cura da valorizzare e sostenere.

12 La prevenzione alle aggressioni verso gli esercenti la professione sanitaria e socio-sanitaria

E. De Melis (Regione Toscana)

12.1 Quadro generale

Il National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH), principale ente di ricerca internazionale in materia di salute e sicurezza sul lavoro, ha fornito, nel 2002, come definizione di violenza nel posto di lavoro: “ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro”.

Alcune ricerche e studi successivi hanno confermato che chi lavora nella sanità corre un alto rischio di subire violenza, analogamente a quanto avviene nel settore dei servizi sociali.

L'EU-OSHA (Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro) dichiarava nel 2007: “il settore sanitario e sociale è caratterizzato dalla massima esposizione alla violenza sul luogo di lavoro”. “L'incidenza di bullismo e molestie in questo settore è superiore alla media. Nelle professioni in cui i rischi fisici sono elevati (per es. industria manifatturiera o edilizia), la violenza e le molestie non sono frequenti. Al contrario, nel settore sanitario e sociale (dove i rischi fisici sono piuttosto bassi), l'esperienza di un'effettiva violenza fisica o la minaccia di violenza fisica è otto volte superiore a quello del settore manifatturiero”.

Il susseguirsi di crisi economiche e sociali ha ulteriormente acuito questo fenomeno negli anni.

La preoccupazione di fronte alla crescente violenza nei confronti di alcune categorie di lavoratori, e in particolare nel settore dei servizi di aiuto alla persona, è aumentata al punto da indurre diverse istituzioni politiche e del lavoro, nazionali e internazionali, a realizzare specifici documenti/ raccomandazioni/ linee guida.

Per quanto riguarda l'Italia, si segnala la Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari delle strutture ospedaliere e territoriali n.8, emanata dal Ministero della Salute nel 2007.

Ancora nel nostro Paese non c'erano statistiche “ufficiali” riguardo alle aggressioni al personale sanitario e sociosanitario, ma il fenomeno delle aggressioni al personale in sanità stava avanzando. In seguito al recepimento della raccomandazione, sono state incentivate una serie di azioni per combattere e arginare la violenza sul lavoro nel settore sanitario e socio sanitario; gestire la complessità del sistema sanitario e socio-sanitario e le sue ricadute sulle interazioni umane è così diventata una priorità.

Si intendeva così incoraggiare l'analisi dei luoghi di lavoro e dei rischi correlati e l'adozione di iniziative e programmi, volti a prevenire gli atti di violenza negli ambienti sanitari e socio-sanitari e/o attenuarne le conseguenze.

Dieci anni dopo, la legge Gelli-Bianco (legge 8 marzo 2017, n. 24) mette fra i suoi molti obiettivi la creazione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES); nasce così il primo sistema informativo nazionale con cui vengono rilevati gli eventi sentinella, fra i quali si trovano anche i “gravi danni causati da violenza verso o nei confronti di operatore”. Al riguardo si veda qui di seguito il report, relativo all’anno 2023, per cui gli eventi gravi relativi a violenze verso gli operatori sanitari, si collocano al 3° posto, per frequenza di accadimento.

Tabella 1: Report eventi sentinella, eventi per frequenza di accadimento e percentuale, anno 2023

	Frequenza	Percentuale
Morte o grave danno per caduta di paziente	381	40.23%
Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente	139	14.68%
Morte o grave danno causato da violenza a danno di operatore	115	12.14%
Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale	89	9.40%
Morte o grave danno imprevisto conseguente ad intervento chirurgico	53	5.60%
Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richieda un successivo intervento o ulteriori procedure	38	4.01%
Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	23	2.43%
Morte o grave danno in neonato sano a termine (>=37 settimane) non correlata a malattie congenite	21	2.22%
Errata procedura diagnostico-terapeutica su paziente corretto	17	1.80%
Procedura chirurgica o interventistica eseguita in paziente sbagliato	13	1.37%
Procedura chirurgica o interventistica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)	13	1.37%
Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella centrale operativa 118 e/o all'interno del pronto soccorso	12	1.27%
Errore trasfusionale conseguente ad incompatibilità ab0, rh, duffy, kell, lewis	11	1.16%
Morte materna o grave danno occorsi durante la gravidanza, il travaglio e/o parto ed entro 42 giorni dal termine della gravidanza	9	0.95%
Violenza su paziente	5	0.53%
Morte o grave danno conseguente ad errato utilizzo o utilizzo anomalo dei dispositivi medici/apparecchiature elettromedicali	3	0.32%
Morte o grave danno correlato ad errore e/o ritardo di diagnosi medica	2	0.21%
Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	2	0.21%
Morte o grave danno correlati a pratiche anestesiolgiche	1	0.11%
Totale complessivo	947	100.00%

Fonte: Flusso Simes, dati anno 2023 – elaborazioni a cura del Ministero della Salute

In questo modo, la sopracitata legge, focalizzata sull’importante tematica della gestione del rischio clinico, ha evidenziato l’importanza di lavorare con misure di sicurezza specifiche del luogo di lavoro e ruolo professionale, e come ciò sia un elemento imprescindibile per garantire un alto livello di sicurezza nella cura.

Nel 2020, la cosiddetta legge antiviolenza (legge 14 agosto 2020, n. 113), ha cercato di definire meglio alcuni punti fondamentali per la lotta alle aggressioni al personale sanitario e socio – sanitario (applicazione di sanzioni pecuniarie, estensione della formazione, monitoraggio dei dati tramite l’Onseps, l’osservatorio nazionale che nasce a seguito di questa legge).

L’Onseps (Osservatorio nazionale per la sicurezza verso gli esercenti la professione sanitaria) diventa il punto di riferimento e di raccordo per la gestione della problematica “aggressioni in sanità” a livello nazionale.

Merita una menzione anche l’ultima legge in materia (24 novembre 2023, n.168) che sottolinea la necessità dell’utilizzo di tutti i mezzi idonei per arginare episodi di violenza sui sanitari e socio sanitari, nonché di chiunque svolga attività ausiliarie di cura.

L’articolo 10 infatti prevede la possibilità dell’arresto in flagranza differita, per intercettare gli accadimenti di violenza negli ambienti sanitari e socio sanitari, pubblici o privati, come gli ambulatori, le sale di aspetto dei Pronto soccorso, le sale di attesa degli ospedali, o anche posti meno usuali, purché dotati di telecamere.

Anche nei LEA (Livelli essenziali di assistenza) è richiamata la necessità per gli enti del sistema sanitario, di aderire e attenersi alla raccomandazione ministeriale n°8/2007.

12.2 Le azioni della Regione Toscana Osservatorio regionale rischio aggressioni

La Regione Toscana, nel 2018, con delibera di Giunta regionale (d.g.r. n. 918/2018) avvia la propria linea di azione rispetto alla prevenzione delle aggressioni al personale sanitario e socio sanitario, sia tramite il doveroso recepimento delle indicazioni ministeriali contenute nella sopracitata raccomandazione, sia mettendo in campo una propria attività ufficiale da svolgere per mezzo dell’Osservatorio regionale aggressioni.

L’Osservatorio regionale aggressioni rappresenta così, ad oggi, il “punto” virtuale di incontro in merito alla problematica della violenza in ambito sanitario toscano.

Il suo organico è composto da figure professionali strategiche, come i Responsabili servizio prevenzione e protezione (RSPP) e il Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (RLS) di sito ospedaliero, i rappresentanti della professione medica e infermieristica dei settori a più alto rischio aggressioni e altre.

La sinergia che si è creata dalla riunione dei principali “attori” del SSR già coinvolti nella gestione della problematica “aggressioni”, ha fatto sì che sia stato in parte possibile analizzare alcune questioni più specifiche; ad esempio sono emerse quelle tematiche che hanno richiesto un’analisi più accurata, tramite soprattutto l’analisi dei dati, come la sicurezza degli assistenti sociali e del personale amministrativo e in generale di quegli operatori non strettamente sanitari, che svolgono la loro attività a domicilio o comunque fuori dalle strutture sanitarie in senso stretto.

Riguardo a quanto detto sopra, la strada da fare è ancora lunga, ma è apprezzabile il fatto che sia stata rivolta l’attenzione alla complessità della problematica prendendo in considerazione le specificità di tutti i ruoli professionali.

È da sottolineare infatti come all'interno dell'osservatorio regionale operano strutture come il Centro regionale criticità relazionali (CRCR) che in passato si è anche occupato di progetti relativi alla sicurezza e formazione degli operatori nelle carceri.

Sempre in riferimento all'analisi dei dati, essi hanno evidenziato come in ambito ospedaliero le aggressioni si verificano soprattutto in Pronto soccorso, nei Servizi psichiatrici e nelle Aree di degenza mentre gli aggressori purtroppo sono prevalentemente i pazienti stessi, seguiti da familiari/*caregiver*.

Negli anni della pandemia, gli utenti dei servizi avevano un accesso limitato alle strutture che erano state circonscritte, con le varie misure per il contenimento del contagio; infatti tra il 2020 e il 2022 il quadro dei dati ha riportato valori più bassi di eventi aggressivi; nel 2023 si è rilevato un aumento, questo è stato in parte dovuto al ripristino graduale della "normalità" dopo l'emergenza pandemica.

Si è così incentivato un maggior livello di diffusione di informazione e comunicazione; infatti, tramite l'osservatorio, è stata diffusa la campagna di comunicazione realizzata nel 2022 dalla Direzione Sanità, Welfare e Salute che è ancora fruibile da tutti gli ambienti sanitari del settore pubblico toscano.

Il claim scelto è stato "Scegli il rispetto" e insieme al settore Comunicazione dell'assessorato Sanità è stato anche prodotto un breve video spot, che è possibile trovare sul portale di Regione Toscana (si veda il link nella sitografia).

Oltre a quanto detto sopra, l'attenzione dell'Osservatorio regionale si è concentrata sullo sviluppo di linee di indirizzo che rendessero il più omogenea possibile la strategia utilizzata dalle aziende e enti del SSR per raggiungere obiettivi di gestione e contenimento di atti di aggressioni al proprio personale.

Tramite il settore Prevenzione, Salute e Sicurezza, Veterinaria della Giunta regionale sono state pubblicate due edizioni: la prima edizione, pubblicata con delibera di Giunta n. 637 del 14 giugno 2021, ha definito i principali obiettivi e azioni da perseguire per il sistema sanitario regionale toscano; la revisione delle linee di indirizzo è stata approvata di recente, con delibera di Giunta n. 205 del 24 febbraio 2025.

Anche se, date le specificità di ogni struttura sanitaria, non è stato possibile uniformare totalmente le azioni di prevenzione alla violenza, individuate per il territorio toscano, le linee di indirizzo restano comunque un punto di riferimento per i principali responsabili, e per arricchire il proprio patrimonio informativo in materia di contenimento della violenza contro chi si occupa di cura alla persona.

12.2.1 Progetto regionale sulla prevenzione alle aggressioni

Nel 2023 è stato programmato un progetto regionale, con d.g.r. n. 1183/2023, che ha mirato ad ampliare le azioni utili per il miglioramento della comunicazione, delle misure tecnologiche e della formazione

Le azioni di prevenzione e tutela individuate con il presente progetto integrano e rafforzano

le necessità già evidenziate nella Raccomandazione ministeriale n. 8 del novembre 2007 e nelle linee di indirizzo per la prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli esercenti sanitari e socio-sanitari della Regione Toscana.

A seguito anche dell'analisi dei dati dell'osservatorio, il gruppo di lavoro ha focalizzato i contenuti della comunicazione, verso i cittadini, sulla:

- spiegazione dei codici di triage;
- informazione sui criteri e gli elementi che possono determinare i tempi di presa in carico;
- informazione sui meccanismi di gestione e attivazione dei servizi in Pronto soccorso.

Pertanto è necessario promuovere la realizzazione di:

- modalità che consentano a l'utente/cittadino, che rimane in sala d'attesa, di seguire il percorso diagnostico del proprio familiare all'interno del PS, con aggiornamenti dei tempi di attesa;
- messa in opera di monitor nelle sale di attesa per la comunicazione delle informazioni;
- campagne di informazione continua verso la cittadinanza, in modo che sia meglio compreso il funzionamento del sistema sanitario e dei Pronto soccorso.

Le iniziative rivolte agli operatori sanitari sono caratterizzate dalle seguenti finalità:

- fornire indicazioni puntuali sui comportamenti da adottare in base alla tipologia di comportamento aggressivo da affrontare (confusione, irritabilità, clamorosità, minacce verbali, minacce fisiche, aggressione fisica);
- investire sulla presa di coscienza del fenomeno e sottolineare a tutto il personale l'importanza di segnalare qualsiasi atto di violenza, in modo che denunciare gli atti di violenza sia percepito come un dovere per tutti i lavoratori;
- omogeneizzare le procedure aziendali fornendo indicazioni regionali sul tipo di comportamento da attuare.

Infine, come attività di comunicazione rivolta sia ai cittadini che agli operatori, si ricorda l'opportunità di realizzare annualmente una giornata aziendale in tema di aggressioni, anche in collaborazione con gli Ordini professionali, le Organizzazioni sindacali, i RLS, preferibilmente in data 12 marzo, in concomitanza con la "Giornata nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari", istituita dalla l. n. 113/2020.

L'ampliamento e la maggiore specificità delle sessioni di formazione ha principalmente l'obiettivo di diffondere a tutto il personale la consapevolezza del rischio potenziale correlato con l'attività lavorativa e la conoscenza delle tecniche da seguire per proteggere sé stessi e i colleghi da atti di violenza, ma ha altresì la finalità di diffondere agli operatori il senso di fiducia necessario per affrontare situazioni ad alta partecipazione emotiva.

Per questo progetto sono stati impegnati da parte della Regione Toscana 2.100.000 euro, distribuiti fra le Aziende sanitarie, le Aziende ospedaliere ed Enti del sistema sanitario toscano.

Il suo completamento avverrà a fine dell'anno 2025.

Bibliografia e sitografia

- National Institute for Occupational Safety and Health - NIOSH (2002). *Violence – Occupational Hazard in Hospitals*.
- Ordine Assistenti sociali, Consiglio nazionale (2015). *Indicazioni e strumenti per prevenire e affrontare il rischio di violenza nei confronti dei professionisti dell'aiuto - Vademecum*
- National Institute for Occupational Safety and Health - NIOSH (2002). www.cdc.gov/niosh/
- Regione Toscana (2022). <https://youtu.be/ZGFTQ5eoNFQ>
- Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro (2007). *Scheda E-Facts n° 46*: <http://osha.europa.eu>
- Ministero della Salute (2024). *Report eventi sentinella anno 2023*: https://www.pnrr.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3474_allegato.pdf
- Intesa sancita dalla Conferenza Stato–Regioni con Atto Rep. n. 127/CSR del 6 agosto 2020, concernente il Piano nazionale della prevenzione (PNP) per gli anni 2020–2025, integrato come da successiva Intesa Rep. Atti n. 228 del 17 dicembre 2020
- *Piano regionale della prevenzione 2020-2025* (DGRT 1406/2021)
- *Guadagnare salute*. Documento programmatico. DPCM 4 maggio 2007
- Accordo ai sensi dell'articolo 4, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento concernente *Indirizzi di 'policy integrate' per la Scuola che Promuove Salute*
- SHE (2018). *School health promotion – Evidence for effective action on inequalities*. SHE Factsheet 4
- <https://www.retespstoscana.it/>
- <https://www.regione.toscana.it/-/scuole-che-promuovono-salute>
- <https://www.regione.toscana.it/web/guest/-/workplace-health-promotion>
- <https://www.salute.gov.it/new/>
- http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1435_allegato.pdf

Integrazione socio-sanitaria

13 Gli interventi nell'area della non autosufficienza e della disabilità, dalla gestione dell'emergenza pandemica alle riforme

L. Baggiani, N. Caruso, P. Morelli, G. Attardo, D. Ricotta (Regione Toscana)

13.1 Area non autosufficienza

13.1.1 Le politiche regionali a sostegno dei servizi socio-sanitari per persone anziane e con disabilità in Toscana nell'ambito dell'emergenza epidemiologica COVID-19

L'emergenza sanitaria da COVID-19 ha avuto un consistente impatto sulla popolazione anziana accolta nelle strutture residenziali toscane in termini di riorganizzazione delle attività – che ha portato anche ad interventi di “chiusura” - e di incidenza della mortalità che nel 2020 ha registrato un tasso pari al 6,7 ogni 100 anziani presenti nelle residenze toscane (Italia: 9,1%)¹. Nella popolazione generale la numerosità di casi positivi è stata molto elevata fin dalla fase dell'emergenza ed è stata contrastata con l'introduzione di screening per tutti i residenti e gli operatori. La regolamentazione dell'accesso alle Residenze sanitarie assistenziali (RSA) e Residenze sanitarie per disabili (RSD) è stata gestita attraverso una serie di provvedimenti regionali che hanno fornito indicazioni *ad interim* specifiche su strategie di prevenzione e controllo dell'epidemia e su come utilizzare correttamente i dispositivi di protezione individuale (DPI). Nell'agosto 2020 la Giunta regionale Toscana ha approvato la delibera n. 1130 con la quale ha definito le linee di indirizzo regionale per la gestione delle strutture residenziali sociosanitarie nel graduale superamento dell'emergenza COVID-19, tra cui la riapertura alle visite in presenza dei familiari.

Nel complesso i punti di forza del sistema regionale che hanno portato a dati di ospedalizzazione e mortalità modesti tra i residenti in RSA hanno riguardato: da un lato l'introduzione degli screening ogni 15 giorni per tutti i residenti e per tutti gli operatori e, dall'altro, un'organizzazione territoriale più strutturata e stabile rispetto alla fase iniziale della pandemia che ha visto coinvolte RSA, Aziende USL, Cure intermedie, RSA *total COVID*. Il buon funzionamento dell'organizzazione territoriale è stato garantito anche attraverso l'individuazione di USCA (Unità speciali di continuità assistenziale) dedicate ai

¹ Per un quadro completo sull'evoluzione dell'emergenza sanitaria nella popolazione anziana si rimanda a “Survey specifica sulle RSA condotta dall'Istituto superiore di sanità” (Lombardo F et al. The Italian national survey on Coronavirus disease 2019 epidemic spread in nursing homes, *Int J Geriatr Psychiatry*. 2021;36:873–882) con report periodici di aggiornamento).

pazienti COVID-19 in RSA. Gli specialisti dei gruppi territoriali e le USCA, insieme ai MMG e ai referenti delle Unità di crisi aziendali per le RSA, hanno gestito l'assistenza e gli spostamenti degli ospiti (positivi e negativi). A seguito della campagna vaccinale, da gennaio 2021 si è assistito al progressivo calo dei casi e di conseguenza anche dei ricoveri e dei decessi per COVID-19 fino quasi all'azzeramento, trend che è proseguito anche in occasione della terza fase dell'emergenza che di fatto non ha coinvolto gli ospiti residenti in RSA o in RSD. Fin dalla prima fase emergenziale si è cercato di limitare la solitudine degli ospiti favorendo il colloquio diretto fra parenti e ospiti nelle residenze, dando indicazione di predisporre spazi adeguatamente organizzati, in cui la relazione visiva e vocale fosse pienamente assicurata. Nel momento in cui le visite sono state nuovamente vietate, sono state fornite indicazioni per garantire la comunicazione attraverso videochiamata o messaggistica con gli operatori o tramite telefono anche con gli ospiti. La Regione Toscana, con la d.g.r. n. 1508 del 30 novembre 2020, ha fornito le indicazioni circa le modalità e gli strumenti necessari a garantire e mantenere la comunicazione tra ospiti delle RSA e i loro familiari, assegnando alle strutture residenziali risorse pari a 883mila euro. Complessivamente 275 strutture hanno richiesto e utilizzato il contributo attuando una o più azioni tra quelle previste; 221 hanno optato per l'acquisto di materiale multimediale (cellulare, tablet, lavagna multimediale, televisore, software) utile a gestire le comunicazioni con i familiari; 61 hanno installato o potenziato il collegamento internet; 103 hanno realizzato spazi dedicati agli incontri in sicurezza, come le stanze degli abbracci. Oltre agli aspetti organizzativi, la Giunta regionale è intervenuta dal 2020 al 2023 per sostenere, attraverso una quota integrativa giornaliera per ciascun ospite di RSA, le oggettive difficoltà gestionali, organizzative e logistiche che le strutture hanno dovuto affrontare per assicurare la tutela della sicurezza degli utenti e degli operatori, contenere il rischio di trasmissione del virus ed erogare i servizi essenziali. Nel periodo 2020-2023 sono state erogate risorse aggiuntive pari a 63,220 milioni di euro: 16 nel 2020, 25,500 nel 2021, 17,220 nel 2022 e 4,500 nel 2023.

Tabella 2. Risorse aggiuntive RSA, RSD e CAP erogate nel periodo 2020-2023

Anno	RSA	RSD/CAP	Totale
2020	16.000.000	1.926.171	17.926.171
2021	25.500.000	1.348.320	26.848.320
2022	17.220.000	1.544.000	18.764.000
2023	4.500.000		4.500.000
Totale	63.220.000	4.818.491	68.038.491

Fonte: elaborazioni su dati Regione Toscana.

13.1.2 Il Piano regionale per la non autosufficienza 2022-2024 (PRNA)

Il Piano regionale per la non autosufficienza 2022-2024 (PRNA), approvato sulla base delle indicazioni programmatiche del Piano nazionale per la non autosufficienza (PNNA) 2022-2024, è uno strumento di programmazione dei servizi da realizzare nel triennio secondo i bisogni espressi dalle persone e dalle comunità e in un'ottica di integrazione fra il sistema sociale e quello sanitario. Il sistema integrato territoriale toscano è impegnato a dare ulteriore sviluppo ai rapporti tra il sistema sanitario e il sistema sociale, con particolare attenzione alla definizione condivisa e alla realizzazione integrata dei processi complessi, anche al fine di dare attuazione agli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale di cui al d.m. n. 77/2022. Il PNNA 2022-2024 introduce i Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) di erogazione, identificati nei servizi socio-assistenziali, volti a promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio e nel contesto sociale di appartenenza, così come indicato dal comma 162, lettera a), b), c) e dal comma 164 della l. n. 234/2021. Si tratta dell'assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, dei servizi sociali di sollievo, dei servizi sociali di supporto e dei contributi per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale delle persone anziane non autosufficienti. Introduce inoltre nella programmazione nazionale il Livello essenziale di processo con i relativi contenuti, definisce gli obiettivi di servizio da conseguire nel triennio di programmazione. Si tratta del percorso assistenziale dedicato alle persone con non autosufficienze o disabilità che viene qualificato come Livello essenziale, un importante salto di qualità sia nell'organizzazione operativa dei sistemi di servizio che nella elaborazione concettuale dei LEPS.

Le azioni innovative del PRNA risultano essere:

- Il consolidamento e la capacitazione degli ambiti territoriali. Il rafforzamento degli ambiti territoriali si basa sulla messa a disposizione di una quota del Fondo nazionale per la non autosufficienza assegnata al reclutamento di operatori delle professionalità sociali, dedicati alla tenuta del sistema dei servizi per la non autosufficienza e la disabilità. Il personale assunto garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale. Con le risorse assegnate a Regione Toscana sono state assunte 63 unità di personale a tempo indeterminato, garantendo almeno due assistenti sociali a 21 Zone-distretto e 3 unità di personale a 7 Zone-distretto.
- L'accessibilità e l'adattamento domestico. Le politiche per l'accessibilità sono pre-requisito per consentire alle persone con disabilità o non autosufficienti, di godere pienamente di tutti i diritti e delle libertà fondamentali: essa va garantita con riferimento ad ogni ambito della vita di una persona, a partire dal luogo nella quale questa vive. Non a caso l'aspetto dell'adattamento degli spazi, della domotica e dell'assistenza a distanza ha trovato un'importante sottolineatura nel contesto delle attività che compongono l'investimento 1.2 dedicato ai percorsi di autonomia per persone con disabilità del PNRR, dove, insieme alla misura del lavoro, è posto a fondamento dei percorsi di conquista dell'autonomia

delle persone. L'intervento per l'Adattamento domestico prevede la presenza di esperti di accessibilità, architetti o ingegneri, nelle UVM e UVMD delle Zone-distretto/Società della salute che, in modo integrato, effettuano sopralluoghi presso il domicilio delle persone con disabilità o non autosufficienza, con la finalità di redigere una consulenza che viene consegnata alla famiglia. Sono valutati gli aspetti ambientali del domicilio, gli aspetti sanitari e sociali, insieme alle soluzioni progettuali volte a migliorare l'autonomia della persona nella sua abitazione e a facilitare l'eventuale attività di chi presta assistenza. Le proposte di intervento possibili riguardano opere edilizie, arredi e attrezzature, tecnologie assistive e tecnologie per l'accessibilità e l'automazione dell'ambiente. La persona può altresì richiedere un contributo per sostenere parte delle spese per la realizzazione degli interventi proposti nella consulenza. Il contributo viene erogato fino a un massimo di 5mila euro, indipendentemente dal numero, dalla tipologia degli interventi e dalla spesa prevista ed è modulato in relazione alla fascia ISEE.

- Il servizio di sostegno rivolto alla persona anziana fragile. L'evoluzione del progetto regionale "Pronto badante" è stata segnata dal passaggio dalla gestione regionale all'attivazione degli interventi da parte delle Zone-distretto/Società della salute tramite procedure di evidenza pubblica.

Il progetto ha preso avvio nel corso del 2015 sul territorio di Firenze e provincia e, a seguito degli ottimi risultati raggiunti, è stato esteso l'anno successivo a tutta la Toscana. Dopo 3 fasi di sperimentazione annuale a livello regionale (periodo 2016-2019), la Giunta regionale Toscana, a partire dall'annualità 2019-2020, ne ha deciso la stabilizzazione che è stata confermata per il quarto anno consecutivo con la delibera n. 176/2022. Nonostante il periodo di emergenza sanitaria nazionale e regionale dovuta alla pandemia di COVID-19, che ha ulteriormente evidenziato le difficoltà e le fragilità delle persone anziane e delle loro famiglie, il progetto Pronto badante ha proseguito la sua attività, senza alcuna interruzione, dimostrando capacità di adattamento alle situazioni in evoluzione delle famiglie, degli anziani e dei soggetti chiamati ad erogare il servizio, consentendo il rafforzamento del sostegno alle famiglie nell'offrire un adeguato supporto socio-assistenziale agli anziani fragili. Il passaggio dalla gestione regionale all'attivazione degli interventi da parte delle Zone-distretto/Società della salute - attraverso una manifestazione di interesse di durata triennale per l'individuazione di un soggetto gestore delle azioni previste - non ha variato l'obiettivo originario del progetto: sostenere la famiglia nella gestione improvvisa dei bisogni dell'anziano, che si trova per la prima volta in una situazione di disagio e difficoltà, e di attivare interventi di tipo informativo sui percorsi socio assistenziali territoriali, e di tipo economico, che offrono sostegno alla famiglia durante l'iter per l'instaurazione di un rapporto lavorativo con un assistente familiare. Il progetto si propone inoltre di attivare una rete integrata di servizi per le famiglie e gli assistenti familiari accreditati con il coinvolgimento dei seguenti soggetti:

- Centri per l'impiego (CPI) per orientamento, avvio delle procedure di incontro domanda/offerta di lavoro attraverso l'utilizzo degli elenchi degli operatori accreditati

messi a disposizione dai Comuni. Il CPI diviene il punto di riferimento per le famiglie e gli assistenti familiari;

- Comuni titolari della procedura di accreditamento degli operatori individuali e della predisposizione dei relativi elenchi. L'accreditamento è obbligatorio quando la famiglia riceve un contributo pubblico;
- Zone-distretto (ZD)/Società della salute (SdS) titolari della presa in carico delle persone non autosufficienti/anziani fragili e garantire prestazioni (domiciliari, semiresidenziali e residenziali) alle famiglie, tra cui il contributo per l'assunzione di un assistente familiare e i servizi previsti dal Pronto badante;
- Patronati e CAAF per la veicolazione delle informazioni e per il supporto agli assistenti familiari nella presentazione dell'istanza di accreditamento;
- OO.SS. per la promozione e diffusione sul territorio regionale delle informazioni sui requisiti e sulle modalità di accesso al percorso di accreditamento degli operatori individuali e all'attivazione di percorsi di formazione gratuiti per assistenti familiari/badanti che erogano servizi di assistenza familiare, attraverso l'Accordo di collaborazione approvato dalla Giunta regionale a marzo 2025;
- Terzo settore per supportare le famiglie e gli anziani in stato di fragilità nella presa in carico delle emergenze e fornire indicazioni sul funzionamento del sistema.

Nel 2025 ricorre il decennale del Pronto badante che ha al suo attivo ben oltre 137.000 telefonate al numero unico regionale 055 4383000, più di 57.500 attivazioni/visite a domicilio e oltre 34.400 libretti famiglia attivati.

13.1.2.1 Fondo per l'Alzheimer e le demenze: piano triennale di attività 2024-2026

Le azioni e gli interventi rivolti alle persone anziane non autosufficienti previsti dal PRNA sono coerenti e integrati con il Fondo per l'Alzheimer e le demenze e con le azioni e le linee di intervento previste dal Piano triennale 2024-2026 di Regione Toscana destinate a migliorare la protezione sociale delle persone affette da demenza e a garantire la diagnosi precoce e la presa in carico tempestiva delle persone affette da malattia di Alzheimer.

Il Piano triennale di attività prevede azioni specifiche per le aree di criticità nella diagnosi e nella presa in carico delle persone con demenza, anche con soluzioni sperimentali e innovative o con l'ausilio di apparecchiature sanitarie, quali:

- potenziamento della diagnosi precoce del Disturbo neurocognitivo (DNC) minore/ *Mild Cognitive Impairment* (MCI) e sviluppo di una carta del rischio cognitivo per la pratica clinica, mediante investimenti, ivi incluso l'acquisto di apparecchiature sanitarie, consolidando il rapporto con i servizi delle cure primarie e proseguendo nell'osservazione dei soggetti con DNC/MCI arruolati fino all'eventuale conversione a demenza;
- potenziamento della diagnosi tempestiva del DNC maggiore, consolidando il rapporto con i servizi delle cure primarie;

- definizione di attività di sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di tele-riabilitazione tesi a favorirne l'implementazione nella pratica clinica corrente, anche a partire dai risultati raggiunti con il precedente Fondo.

13.1.3 La revisione della legge regionale 66 del 2008

Quale intervento di sistema, propedeutico anche all'attuazione delle previsioni del d.m. n. 77/2022 e del Piano regionale non autosufficienza 2022-2024 (PRNA 2022-2024) è stata affrontata la revisione della l.r. n. 66/2008 che ha definito i capisaldi del modello di presa in carico della persona non autosufficiente e con disabilità, prevedendo un sistema coordinato di accesso ai percorsi, la valutazione multidimensionale dei bisogni e l'elaborazione del progetto di assistenza personalizzato². A partire dalle disposizioni della l.r. n. 60/2017 - che ha sdoganato i principi di uguaglianza, non discriminazione e inclusione sociale delle persone con disabilità- e dal citato d.m. n. 77/2022, con il quale è stato ridisegnato il modello di assistenza sanitaria territoriale³, si è proposto un riordino della materia attraverso due direzioni: l'aggiornamento del sistema dell'accesso, vero nodo territoriale per riorganizzare i servizi sociosanitari per persone non autosufficienti e con disabilità; l'ampliamento delle previsioni della norma all'area delle persone con disabilità. La revisione del sistema dell'accesso con il riferimento ai Punti unici di accesso rappresenta uno dei livelli base per l'affermazione dei diritti di cittadinanza sociale e interessa il percorso per la segnalazione del bisogno e per il governo dell'accesso, sia per le persone non autosufficienti che con disabilità. L'inserimento nel quadro normativo delle Unità di valutazione multidimensionale disabilità (UVMd) e dello strumento del progetto di vita configurano, insieme ai corrispondenti dispositivi delle Unità di valutazione multidimensionale (UVM) e del Progetto di assistenza individualizzato (PAI), un sistema organico sul tema della valutazione multidimensionale. Durante il lavoro di revisione, culminato nella proposta di legge n. 1 del 15/4/2024⁴, i contenuti della revisionata legge regionale sono stati armonizzati con le nuove disposizioni emanate dai decreti legislativi in materia di non autosufficienza e di disabilità, adottati in attuazione delle rispettive leggi delega previste dalla Missione 5 del Piano nazionale di ripresa e resilienza⁵. La revisione della l.r. n. 66 ha rappresentato nel complesso un'efficace azione di sistema a supporto della programmazione sociosanitaria e per l'implementazione dei modelli di presa in carico delle persone non autosufficienti e con disabilità, coerentemente con i dispositivi attivati a livello nazionale.

2 D.m. 23 maggio 2022, n. 77, Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale; PRNA 2022-2024 approvato con la d.g.r. n. 253 del 13/3/2023; legge regionale 18 dicembre 2008 n. 66, "Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza".

3 Il d.m. 77 è stato recepito con d.g.r. n. 1508 del 19/12/2022.

4 Modifiche alla legge regionale 8 dicembre 2008 n. 66 (Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza) per il riordino del sistema della presa in carico della persona anziana non autosufficiente e della persona con disabilità.

5 Per la disabilità, il Decreto legislativo 3 maggio 2024 n.62, Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato; per la non autosufficienza il Decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29, Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33. legge 23 marzo 2023, n. 33.

13.2 Area disabilità

L'area della programmazione e della promozione degli interventi dedicati alle persone con disabilità ha visto durante gli anni della legislatura due principali direttrici di lavoro che hanno interessato diverse azioni e progetti. Da un lato gli investimenti per promuovere la domiciliarità e l'autonomia della persona con disabilità e dall'altro l'affinamento del modello di presa in carico che si è poi confrontato con la sopraggiunta riforma nazionale.

La fase iniziale è stata fortemente condizionata dall'emergenza sanitaria, con importanti rimodulazioni dei progetti in corso e, in taluni casi, anche con interruzioni dei servizi. Dopo questo momento che ha imposto soluzioni di riorganizzazione all'interno del sistema dei servizi sociosanitari, si sono gradualmente riattivati una serie di percorsi dedicati al mantenimento ed allo sviluppo delle potenzialità e alla conquista di autonomia: gli interventi che hanno riguardano le disabilità gravissime, la vita indipendente, il supporto al *caregiver* familiare e il "Dopo di noi" hanno senza dubbio concorso alla costruzione di percorsi di inclusione e partecipazione nella logica del contrasto alla istituzionalizzazione e della promozione, piuttosto, di percorsi domiciliari e di indipendenza. Al contempo, si è continuato a lavorare per diffondere il modello regionale di presa in carico della persona con disabilità delineato dai provvedimenti di Giunta che dal 2017 al 2021 si sono susseguiti e che hanno messo a disposizione del sistema territoriale indicazioni operative e strumenti per attuare i principi e i diritti delle persone con disabilità ispirati dalla Convenzione ONU e sanciti dalla l.r. n. 60 del 2017⁶.

L'emanazione nel maggio 2024 del decreto legislativo n. 62 per l'attuazione della legge delega in materia di disabilità⁷, con la ridefinizione di tutto il procedimento per la valutazione della condizione di disabilità e la predisposizione del progetto di vita, ha fornito un quadro legislativo di livello nazionale al processo innovativo già ampiamente avviato nella nostra regione.

13.2.1 Sostegni alla domiciliarità e all'autonomia

13.2.1.1 Le disabilità gravissime

Gli interventi per le persone con disabilità gravissima, previsti fin dal 2016 dal Fondo nazionale dedicato e regolati dal d.m. 26 settembre 2016, hanno registrato un notevole incremento nel triennio di vigenza del Piano regionale Non Autosufficienza 2019-2021 (PRNA 2019-2021) anche in ragione dell'incremento dei percorsi assistenziali domiciliari a supporto delle persone con disabilità e delle loro famiglie nel corso della pandemia.

6 D.g.r. n. 1449 del 9/12/2017, d.g.r. n. 1642 del 23/12/2019, d.g.r. n.1055 dell'11/10/2021; legge regionale 18 ottobre 2017 n. 60, "Disposizioni generali sui diritti e le politiche per le persone con disabilità".

7 Legge 22 dicembre 2021 n.227, Delega al Governo in materia di disabilità; Decreto legislativo 3 maggio 2024 n.62, Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato. Decreto legislativo n. 62/2024 già citato.

Nell'ambito delle azioni a supporto del mantenimento della persona al proprio domicilio, con la migliore qualità di vita possibile, per evitare o comunque differire il più possibile l'istituzionalizzazione, rappresenta senza dubbio quella più consistente, date le risorse annualmente a disposizione dei territori.

Con un contributo mensile che va da 900,00 a 1.200,00 euro e che, nel caso di persone con patologie dei motoneuroni che si trovano nella fase avanzata della malattia, arriva a 1.650,00 euro, le persone e le famiglie sono sostenute nella spesa per la contrattualizzazione di un assistente personale che riduca il carico di cura necessaria alla persona con disabilità gravissima. Numeri alla mano, si è passati da 1.829 persone con disabilità gravissima beneficiarie di un contributo per l'assistente familiare nel 2019, di cui 249 persone con SLA che si trovano nella fase avanzata della malattia, a 1.924 persone nel 2020, di cui 228 con SLA, fino ad arrivare nel 2023 a 2.828 beneficiari con disabilità gravissima, di cui 186 con SLA. L'incremento di oltre un migliaio di cittadini che hanno potuto usufruire di questo sostegno è stato possibile a seguito dell'incremento delle risorse, nel periodo della pandemia, e della stabilizzazione del Fondo nazionale nel quadro dei LEPS cosiddetti di "erogazione".

13.2.1.2 I sostegni alla Vita indipendente e all'autonomia

La Regione Toscana ha sostenuto fin dal 2004 i percorsi e le progettualità finalizzate alla Vita indipendente con risorse proprie. Il fondo regionale dedicato ha registrato nel corso degli anni un notevole incremento delle risorse, che dal 2020 sono passate a 13 mln di euro, permettendo di azzerare la lista di attesa presente a fine 2019.

Il dato più recente disponibile è quello relativo all'annualità 2023, nel corso della quale sono 1.129 le persone con disabilità grave che hanno avuto un progetto di vita indipendente sostenuto con le risorse regionali dedicate.

A fine 2024, l'esperienza ventennale dei territori su questi percorsi di primaria importanza nell'attuazione dei diritti previsti dalla Convenzione ONU, ha permesso di avviare interventi in continuità e con risorse quasi raddoppiate, a valere sul FSE, che hanno allargato la platea delle persone con disabilità che hanno potuto realizzare il proprio progetto di Vita indipendente. Alle risorse regionali si sono affiancate quota parte delle risorse del Fondo nazionale per le Non Autosufficienze, in attuazione di quanto previsto nel Piano nazionale Non Autosufficienza 2019-2021 (PNNA 2019-2021) e del PRNA 2019-2021, che sono state destinate alle progettualità di vita indipendente attraverso i Bandi territoriali denominati *"InAut - Intervento per l'indipendenza e l'autonomia"*.

Questi fondi, che nel triennio sono stati pari a quasi 11 milioni di euro, cui si sono sommati più di 2 milioni di euro di compartecipazione da parte dei territori, hanno permesso di sperimentare azioni integrative rispetto al supporto tramite l'assistente personale, quali ad esempio percorsi di sviluppo delle autonomie in funzione dell'abitare in modo indipendente dalla famiglia di origine - *housing* e *cohousing* - e trasporto e mobilità autonoma finalizzata a obiettivi di lavoro o scolastici, con una priorità per le fasce di età più giovani. Per questa ragione tali interventi sono stati a pieno titolo inseriti all'interno della cornice progettuale di GiovaniSì, il progetto di Regione Toscana per l'autonomia dei giovani.

Dal 2020 al 2022 le domande pervenute a seguito della pubblicazione dei bandi sono state circa 1.700, di cui circa 1.000 quelle finanziate. Più dell'80% dei progetti finanziati hanno riguardato persone di età inferiore a 44 anni.

Sebbene la percentuale più alta degli obiettivi finanziati resti comunque il supporto alla vita quotidiana e alle attività domestiche, sono stati altresì sostenuti 6 percorsi annuali di start-up di impresa e lavoro autonomo, mentre i percorsi formativi, compresi quelli universitari e il sostegno alle attività genitoriali sono raddoppiati dalla prima alla terza annualità; quasi 50 sono stati i percorsi di deistituzionalizzazione, di autonomia e fuoriuscita dal nucleo familiare.

13.2.1.3 Il sostegno al *caregiver* familiare

Nel 2021 è stato istituito il Fondo nazionale per il sostegno al ruolo di cura e di assistenza del *caregiver* familiare. Si tratta di risorse limitate rispetto alla potenziale platea dei beneficiari -dal 2021 al 2024 in media 2 mln di euro all'anno- ma che hanno permesso di avviare ulteriori azioni di supporto per il mantenimento della persona con disabilità al proprio domicilio, sostenendo il lavoro del familiare che se ne prende cura.

Il contributo, pari a massimo 400 euro mensili destinati, secondo le indicazioni nazionali, soprattutto ai *caregiver* di persone con disabilità gravissima, ha permesso di raggiungere e sostenere una platea di circa 890 beneficiari - dato 2023 ultimo disponibile - con un utilizzo pressoché totale delle risorse erogate agli ambiti territoriali.

La Regione Toscana ha affiancato il supporto economico ai *caregiver* con un servizio di orientamento e supporto psicologico telefonico attivato tramite il Centro di ascolto regionale, collocato presso ISPRO. Il servizio ha la finalità di prevenire le conseguenze del burn-out del *caregiver* di persone con disabilità e non autosufficienti e contrastare le possibili condizioni di isolamento che sovente si verificano in questi contesti familiari.

Nel biennio 2022-2023 sono state 400 le pratiche aperte dagli psicologi del Centro di ascolto; il numero dei *caregiver* che hanno usufruito di supporto psicologico è pari a 160, per un totale di 369 colloqui; ancora più numerosi i contatti di orientamento verso servizi territoriali e/o servizi dell'associazionismo e Terzo settore, segno forse ancora una volta che l'informazione e la comunicazione sono leve fondamentali per favorire l'accesso universalistico.

13.2.1.4 Il programma *Dopo di noi*

Nel 2016 l'emanazione della legge n. 112, meglio nota come legge sul "Dopo di noi", innescandosi in Toscana su un terreno recettivo alla sperimentazione di soluzioni alternative all'inserimento in residenze sanitarie di persone con disabilità grave, ha dato avvio alla costruzione di percorsi di coprogettazione tra pubblico e privato per l'accompagnamento all'uscita dal nucleo familiare di origine. Ne sono scaturite progettualità territoriali di partenariato tra soggetti pubblici e privati che, in un'ottica di welfare mix, collaborano per la valorizzazione delle rispettive competenze e delle risorse e realizzano interventi fortemente orientati verso azioni di promozione e supporto all'autonomia. Il periodo dell'emergenza

sanitaria ha rappresentato una fase di marcato rallentamento delle attività, determinando di fatto ritardi nello sviluppo dei progetti che hanno dovuto virare verso forme di intervento a distanza o comunque alternative alla residenzialità vera e propria, andando a cadere proprio, all'interno di un percorso che aveva un respiro triennale e che era partito a decorrere dal 2018, nel momento chiave di transizione fra le attività di training e consolidamento delle autonomie al fine di procedere verso le sperimentazioni dei percorsi residenziali.

Ad oggi il cosiddetto “Dopo di noi” in Toscana risulta essere un intervento stabilizzato e diffuso che ha raggiunto l'obiettivo cardine della riforma ossia la residenza in soluzioni alloggiative di tipo familiare in *housing* e *cohousing*, prova ne sia il fatto che, a fronte di una riduzione dei beneficiari, si è visto crescere dal 52% al 74% l'impiego delle risorse sulle soluzioni di residenzialità permanente. Al 31 dicembre 2024 i beneficiari degli interventi attivati nel corso dell'anno sono stati 1230, di cui 200 con progetto di vita che ha previsto interventi di residenzialità stabile. Nell'85% dei progetti di vita, gli interventi del “Dopo di noi” risultano parte di un più ampio progetto che coinvolge altre azioni per realizzare un percorso di vita autonomo e quanto più possibile integrato nel tessuto sociale di riferimento. Superato questo momento critico gli enti pubblici e i soggetti attuatori hanno potuto tornare a lavorare per dar vita a quella rete diffusa di soluzioni per l'abitare che esprimono, sia nelle tipologie deputate al training all'autonomia che negli appartamenti in cui si realizzano esperienze di medio e lungo periodo di accoglienza, l'essenza stessa del modello toscano del “Dopo di noi”.

Le peculiarità del programma “Dopo di noi” sono state approfondite attraverso una ricerca curata da Federsanità ANCI Toscana avviata nel 2022 e conclusa nel 2025 con il coinvolgimento graduale di tutte le zone. Attraverso 62 interviste e 24 focus group realizzati con i tre soggetti target del percorso - referenti di servizi sociosanitari, operatori degli enti di Terzo settore attivi nelle progettazioni e familiari dei beneficiari – è stato possibile far emergere il sistema di categorie, costruito su otto dimensioni principali che sta alla base del modello toscano: nascita e sviluppo dei progetti, bisogni assistenziali, risorse presenti sui territori, organizzazione, lavoro educativo, cambiamento culturale e del sistema di welfare, sostenibilità economica ed impatti. Un lavoro di scomposizione delle varie anime del “Dopo di noi” in Toscana che ha consentito di sperimentare modalità di partecipazione attiva degli operatori e delle famiglie, come anche di favorire contesti di confronto e riflessione particolarmente utili a proseguire il lavoro per supportare il radicamento dentro le comunità territoriali che, in estrema analisi, costituisce il tratto distintivo del programma e che rappresenta lo spazio di miglioramento e sostenibilità.

13.2.1.5 I fondi per l'inclusione sociale

Tra il 2021 e il 2023 il Dipartimento Politiche in favore delle persone con disabilità della Presidenza del Consiglio dei Ministri, ha adottato una serie di decreti dedicati all'affermazione dei diritti di autodeterminazione e di partecipazione della persona con disabilità. Sono stati così erogati a favore delle regioni fondi specifici, quali il fondo per l'inclusione sociale delle

persone con disabilità, il fondo per le persone affette da disturbi dello spettro autistico e il fondo per l'inclusione sociale delle persone affette da ipoacusia⁸. Il fondo per l'inclusione sociale ha inteso dare attuazione alle politiche per l'inclusione, l'accessibilità e il sostegno a favore delle persone con disabilità attraverso interventi attuati dai comuni negli ambiti delle aree attrezzate per attività ludiche o sportive che hanno potuto in tal modo essere ampliate o rinnovate. Il fondo per l'inclusione delle persone affette da spettro autistico ha orientato le programmazioni regionali verso la promozione di progetti per il benessere e la qualità della vita delle persone proiettate in un contesto più ampio di inclusione sociale che ha ricompreso oltre alla famiglia, la scuola, il mondo dell'inserimento lavorativo e della cultura e socializzazione. Il fondo dedicato alle persone sorde o con ipoacusia ha infine sostenuto la realizzazione di progetti sperimentali per la diffusione dei servizi di interpretariato in Lingua dei segni italiana (LIS) e in Lingua dei segni italiana tattile (LIST) e di sottotitolazione, per favorire l'uso di tecnologie innovative finalizzate all'abbattimento delle barriere alla comunicazione. La Regione Toscana ha coordinato e gestito tali risorse, in collaborazione con le Zone-distretto e Società della salute, nonché con le Aziende Usl nel caso del fondo ipoacusia, nella cornice della programmazione di ambito socio-sanitario e del PRNA 2022-2024 dedicata all'area delle disabilità, con l'obiettivo dunque di concorrere all'affermazione del diritto delle persone con disabilità a vivere nella società con la stessa libertà di scelta delle altre persone.

13.3 Il modello di presa in carico della persona con disabilità e la sperimentazione nazionale

Nel 2021 con l'adozione della deliberazione di Giunta regionale n. 1055, si è concluso il lungo percorso di definizione del modello regionale di presa in carico della persona con disabilità che ha consentito, attraverso i passaggi organizzativi, procedurali, metodologici ed operativi segnati dai precedenti provvedimenti (d.g.r. n. 1492/2017 e d.g.r. n. 1642/2019) di innovare le politiche di settore e di accompagnare gli ambiti territoriali verso la traduzione concreta dei principi in tema di contrasto delle disuguaglianze, autodeterminazione, inclusione sociale e accessibilità che già la l. r. n. 60/2017 aveva fissato. Il principio che ha guidato il processo di riforma regionale è ravvisabile nella necessità di inserire nel sistema integrato dei servizi sociali e sociosanitari elementi innovativi, in termini di approccio metodologico e di strumenti, capaci di rispondere in maniera dinamica e modulare ai bisogni ed ai desideri delle persone con disabilità e quindi di modellare gli interventi alle diverse fasi della vita e ai differenti contesti sociali ed ambientali in cui le persone vivono.

Anticipando molti dei contenuti della riforma nazionale promossa dal PNRR, prima attraverso la richiamata legge delega 2 n. 27/2021 e poi con il decreto legislativo n. 62/2024, il sistema toscano si è dotato di dispositivi inediti, come la valutazione multidimensionale, il profilo di funzionamento ed il progetto di vita. Il lavoro di approfondimento e diffusione del modello di presa in carico delle persone con disabilità, avviato fin dal 2022 con il primo

8 D.m. 29 novembre 2021; d.m. 29 luglio 2022; d.m. 14 febbraio 2023.

ciclo di formazione mirata su tutto il territorio regionale, ha incrociato le disposizioni del decreto legislativo n. 62/2024 che ha sancito il cambio di paradigma rappresentato dal diritto della persona con disabilità a realizzare il proprio percorso di vita personalizzato e partecipato e di compiere le proprie scelte sulla base di uguaglianza con tutti gli altri, partecipando con pienezza alla vita sociale. Un capovolgimento culturale attraversato anche da un nuovo e più stimolante lessico: da bisogni a diritti, da appropriatezza a desideri e aspirazioni, da interesse migliore o superiore a volontà e preferenze, da welfare di protezione a welfare di inclusione. L'obiettivo che la Regione ha perseguito nel confronto con l'articolato quadro normativo in cui si collocano le politiche di inclusione per le persone con disabilità, sia di livello nazionale che regionale, è rappresentato dalla definizione del livello essenziale dell'uniformità nell'accesso alle prestazioni garantito attraverso la valutazione multidimensionale della persona e la realizzazione di un progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato, come ribadito anche attraverso le linee di azione contemplate dal PRNA 2022-2024.

Lo stesso decreto legislativo n. 62/2024 ha previsto una fase di sperimentazione per il percorso di valutazione di base, valutazione multidimensionale e definizione del progetto di vita che ha interessato, per la Toscana, le cinque Società della salute afferenti alla provincia di Firenze⁹. Dal primo gennaio 2025 ha preso dunque avvio nelle Società della salute di Firenze, Fiorentina Nord-ovest, Fiorentina Sud-est, Mugello ed Empolese Valdarno Valdelsa l'attuazione del procedimento per la valutazione multidimensionale e per la costruzione, su istanza della persona con disabilità e con la sua piena partecipazione, del progetto di vita, parallelamente al percorso sperimentale per la valutazione di base che la riforma nazionale ha spostato in capo ad Inps. Si tratta di un processo di implementazione e sviluppo delle basi organizzative incentrate sull'operatività delle Unità di Valutazione Multidimensionale per la Disabilità (UVMd) già attive sui territori toscani a seguito dell'adozione dei provvedimenti deliberativi sopra ricordati, nonché di rafforzamento della presa in carico secondo il modello biopsicosociale, quale strategia di approccio che attribuisce il risultato della malattia, così come della salute, all'interazione intricata e variabile di fattori biologici, fattori psicologici e fattori sociali. Per coordinare questo delicato processo che vede in gioco la strutturazione tra i servizi sociosanitari regionale di un livello uniforme di accesso al sistema e di accompagnamento della persona e delle famiglie, è stata adottata la d.g.r. n. 1614/2024¹⁰.

Il provvedimento ha inteso declinare gli ambiti e le tematiche della sperimentazione, promuovendo attraverso diversi livelli di coordinamento, contesti operativi e di confronto

9 I territori nazionali in sperimentazione sono stati in prima battuta individuati attraverso il Decreto legge 31 maggio 2024 n.71, Disposizioni urgenti in materia di sport, di sostegno didattico agli alunni con disabilità (Convertito in legge, con modificazioni, dall' art. 1, comma 1, L. 29 luglio 2024, n. 106), art.9 e Allegato B. La provincia di Firenze era già ricompresa in questo provvedimento che ha stabilito la durata della sperimentazione in 12 mesi, a decorrere dal primo gennaio 2025. Con la legge 21 febbraio 2025, n. 15, Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 27 dicembre 2024, n. 202, recante disposizioni urgenti in materia di termini normativi (c.d. Mille proroghe) – Allegato 1 art.19 quater, la fase di sperimentazione ha visto l'estensione a tutto il territorio nazionale e la proroga della durata per ulteriori 12 mesi.

10 D.g.r. 1614 del 23/12/2024, "D.lgs 62/2024 (Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato): primi adempimenti e indicazioni ai territori coinvolti nella fase di sperimentazione.

tra istituzioni e professionisti funzionali all'accompagnamento e al supporto alle UVMD che ricevono richieste di definizione di progetti di vita¹¹. Il gruppo tecnico operativo, composto, oltre che da una rappresentanza regionale interdirezionale, dai coordinatori delle UVMD, dai professionisti dei servizi che hanno concorso alla definizione dei contenuti dei provvedimenti regionali pregressi – *Task force*¹² – da referenti dell'Ufficio Scolastico regionale, del Dipartimento di Scienze della Formazione dell'Università Roma Tre e da ANCI Toscana, assicura il coordinamento tecnico interprofessionale e interterritoriale, al fine di raccordare e monitorare l'attuazione della sperimentazione e diffondere i risultati sul territorio regionale e nazionale. Per affrontare le macro tematiche emerse fin dalla prima fase della sperimentazione, sono stati organizzati sottogruppi operativi con il compito di approfondire quelli che sono stati considerati nodi dirimenti del nuovo modello di approccio promosso dalla riforma: la definizione delle procedure interne ai contesti professionali e la condivisione di modulistica per la comunicazione e la corretta informazione dei cittadini e dei servizi di primo accesso; le connessioni tra progetto educativo personalizzato per gli alunni con disabilità che richiedano il progetto di vita e profilo di funzionamento; l'individuazione di un set di indicatori di processo e di risultato. A supporto e accompagnamento della fase di sperimentazione sono state confermate le azioni già dispiagate per la diffusione e il consolidamento del modello toscano, in questa fase estese e rafforzate negli ambiti territoriali interessati:

- il progetto di ricerca partecipata *A good life*, promosso da Regione Toscana in collaborazione con il Dipartimento di Scienze della formazione dell'Università Roma Tre¹³ che, nella sua seconda fase di attuazione, prevede un affiancamento alle UVMD in sperimentazione anche al fine di monitorare e valutare punti di forza e criticità sia dei livelli organizzativi che delle procedure e strumenti;
- Platform, la piattaforma strutturata da Federsanità ANCI Toscana con una sezione specifica dedicata alla disabilità, per la condivisione di materiali, strumenti e conoscenze e per il confronto tra i professionisti, quale ambiente condiviso per gli operatori componenti delle UVMD;
- la messa in produzione del modulo disabilità del sistema informativo gestionale unico regionale e aziendale denominato AsterCloud, già fruibile su tutto il territorio regionale che consente ai professionisti delle UVMD di avere un supporto informatico per la gestione delle informazioni di valutazione e progettazione.

11 Il provvedimento è articolato in diversi allegati: allegato A: riguarda le indicazioni necessarie a realizzare le condizioni organizzative ed operative connesse all'avvio del procedimento per la valutazione multidimensionale e la progettazione e definizione del progetto di vita che il decreto legislativo ha posto in capo alle regioni; allegati B, B.1, B.2, B.3, B.4: riguardano le cinque Società della salute afferenti alla provincia di Firenze coinvolte nella sperimentazione; recano dunque indicazioni operative ed organizzative utili a coordinare questa fase e a coniugare il dettato nazionale con le disposizioni e le pratiche già introdotte in Regione Toscana; allegato C: rappresenta con un diagramma di flusso il disegno della riforma introdotta dal decreto legislativo: il procedimento per la valutazione della disabilità ed il conseguente procedimento per l'attivazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato.

12 I componenti e le funzioni di questo gruppo di esperti a supporto dello sviluppo del modello di presa in carico della persona con disabilità, sono individuati attraverso il DD 25734 del 1/12/2023.

13 D.g.r. 1229 del 28/10/2024, Schema di Accordo di collaborazione tra la Regione Toscana e il Dipartimento di Scienze della Formazione, dell'Università degli Studi Roma 3, finalizzato al proseguimento e allo sviluppo del percorso di lavoro per la diffusione e il rafforzamento del modello regionale di presa in carico delle persone con disabilità. Approvazione.

14 Vita indipendente e inclusione nella società

A. Minocchi, A. Zanobini (Regione Toscana)

14.1 L'integrazione socio-sanitaria e la tutela dei diritti civili e sociali in Toscana

L'anno appena concluso ha visto un netto potenziamento dell'impegno sulla disabilità da parte di Regione Toscana: la promozione e la diffusione - tra i servizi territoriali- di strumenti e misure volte a favorire la centralità della persona e la sua capacità di autodeterminazione¹⁴, sono state accompagnate da nuovi stanziamenti di risorse a valere sul Fondo Sociale Europeo, le quali sono passate da 46 milioni a 71 totali per il triennio 2025 – 2027.

Questa partecipazione della nostra Regione ai programmi di livello comunitario in un'ottica di complementarità e sinergia tra le diverse fonti di finanziamento, si è rivelata determinante al fine di coniugare la sostenibilità complessiva dei sistemi sociali, sanitari e sociosanitari, con particolare riferimento alle persone destinatarie di questo programma.

Questo ha permesso di aprire le porte ad un percorso innovativo di intervento, in grado di valorizzare le necessità e i progetti presentati dai singoli destinatari dandone un supporto mirato e più costante nel tempo.

14.2 L'incremento del sostegno regionale alla vita indipendente e all'inclusione nella società

L'iter per la nuova impostazione dei progetti di "Vita indipendente" è iniziato nel giugno del 2024 quando la Regione ha stabilito di inserire il programma nell'ambito del programma regionale del Fondo Sociale Europeo+.

Lo stesso fondo aveva previsto all'interno dell'attività 3.k.8, legata agli "Interventi personalizzati destinati alle persone con disabilità e grave limitazione dell'autonomia finalizzati a garantire il diritto ad una vita indipendente", un totale di 78 milioni di Euro per il periodo 2021-2027.

Il delicato passaggio del programma dal bilancio sanitario regionale a quello sociale europeo ha visto uno stanziamento iniziale di 46 milioni di euro per il triennio 2025/2027: si è trattato sin da subito di un incremento di risorse rispetto al passato (da 12,8 milioni all'anno si è

¹⁴ "Gli Stati Parti alla presente Convenzione riconoscono il diritto di tutte le persone con disabilità a vivere nella società, con la stessa libertà di scelta delle altre persone, e adottano misure efficaci ed adeguate al fine di facilitare il pieno godimento da parte delle persone con disabilità di tale diritto e la loro piena integrazione e partecipazione nella società [...]” - Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle Persone con disabilità, ratificata in Italia con la legge 18 del 3 marzo 2009, art. 19.

passati a 15,3) che ha permesso sia un elevamento del tetto massimo di intervento per i singoli destinatari (da 1.800 euro mensili a 2.000 euro), sia di allargare la platea dei possibili fruitori. Ciò ha portato, a partire dalla prima data di pubblicazione degli Avvisi da parte degli ambiti territoriali (14 ottobre 2024) a registrare una forte risposta da parte della cittadinanza, testimone di un bisogno rimasto latente da tempo: esercitare il proprio diritto ad una vita indipendente.

Grazie alla sensibilizzazione territoriale, coadiuvata dalla capillare diffusione della relativa informativa sul territorio e dalla campagna di comunicazione regionale (“Vita indipendente. Il mio modo di essere”), le adesioni hanno infatti registrato un enorme successo: il totale delle domande prevenute a livello regionale è stato di ben 2.082 a fronte dei 1.129 progetti di vita presi in carico nella fase precedente.

Questo a sua volta ha portato a un totale di 1.807 progetti che sono stati ammessi al finanziamento su territorio regionale, con un incremento di 680 nuovi progetti.

Nel corso del 2025, con d.g.r. n. 79 del 27/01/2025, la Regione ha deciso di stanziare ulteriori 25,5 milioni sul triennio arrivando così ad ottenere un programma da oltre 71 milioni di euro (quasi 24 milioni all’anno, quasi il doppio rispetto ai 12 milioni annui del passato).

14.3 Il contributo per la Vita indipendente

Gli interventi che vengono finanziati con questo programma riguardano la cura della persona, l’assistenza personale nelle attività domestiche, sul lavoro, per lo studio, e le azioni per favorire l’accessibilità, la mobilità, e anche la fisioterapia e la pratica sportiva.

Il tutto nell’ottica di garantire ai destinatari una “Vita indipendente” intesa come il diritto, per una persona adulta con disabilità grave, di autodeterminarsi e poter vivere nella società secondo le proprie aspirazioni, evitando l’isolamento e la discriminazione e favorendo invece l’integrazione e la partecipazione.

Il programma “Vita indipendente” è partito ufficialmente il 1° marzo e, in parallelo, la giunta ha approvato anche la proposta di legge sulla “Vita indipendente” la quale, tra le altre cose, prevede l’istituzione di un Osservatorio a cui prenderanno parte le associazioni maggiormente rappresentative al fine di monitorare l’attuazione di questo importante programma.

Nel 2026 ricorreranno i 20 anni della Carta delle Nazioni unite sui diritti delle persone con disabilità (Carta di New York 2006) e la Toscana vuole arrivare a questo importante appuntamento come una terra di diritti per l’inclusione sociale e l’accessibilità universale.

15 Le politiche per l'accessibilità

V. Gambassi (Regione Toscana)

Il tema dell'accessibilità nel corso del quinquennio ha incontrato un progressivo riconoscimento e impulso, trovando struttura organizzativa e funzionale nel contesto importante e nevralgico, della inclusione sociale e della integrazione socio sanitaria. Con l'adozione della l.r. n. 60/2017 la Regione Toscana ha disposto la istituzione del Centro regionale per l'accessibilità (CRA), organizzativamente collocato presso la AUSL Toscana Centro, e operante nel contesto dei Programmi adottati con delibera di Giunta regionale ed attuati dal Settore investimenti per l'inclusione e l'accessibilità.

Il CRA dal 2017 svolge funzioni di supporto alle direzioni regionali, alle amministrazioni locali ed alle persone e associazioni, interessate all'accessibilità sia per l'abbattimento delle barriere architettoniche, sia per la progettazione e l'attuazione di interventi pubblici. Al CRA è stata affidata la gestione dei contributi per l'adattamento dei veicoli (l.r. n. 81/017), ed è richiesto di fornire il supporto tecnico, nelle figure di architetti esperti in accessibilità, per i progetti di abbattimento barriere architettoniche come il progetto ADA di Adattamento Domestico attuato per ed in sinergia con le Società della salute e Zone-distretto (d.g.r. n. 295 del 10 marzo 2025 "Autonomia delle persone con disabilità: interventi di adattamento domestico per il sostegno alla domiciliarità"); ed insieme, per gli accertamenti in loco dell'accessibilità degli ambienti degli organismi formativi (ACAF). Dal 2023, la Regione ha gestito la misura di finanziamento di 49 comuni per la progettazione dei PEBA, Piani di abbattimento delle barriere architettoniche; ed in parallelo, ha affidato al CRA la gestione la misura di sostegno per gli investimenti attuativi dei PEBA sul patrimonio comunale pubblico. In questo contesto, il settore regionale, ha mantenuto attiva la gestione dei contributi di cui alla l.r. n. 47/91 destinata ai privati cittadini, per l'abbattimento delle barriere architettoniche nelle civili abitazioni. Dal 2023, il tema dell'accessibilità ha ricevuto un forte impulso, con il processo di strutturazione organizzativa e funzionale del Portale Toscana Accessibile, attualizzato quale front end informativo e di connessione tra le persone, enti, istituzioni sulle politiche di interesse per l'accessibilità. In parallelo, è stato potenziato il CRA in termini di competenze, con la collaborazione del CERPA Italia ONLUS, istituzione di rilievo nazionale sul tema dell'accessibilità, ed il supporto di co-designers delle politiche e degli interventi, nonché con il coinvolgimento delle Università, come lo studio sul disagio uditivo nelle scuole a cura della Università di Firenze. In esito a questo processo, è stato organizzato per la prima volta nella esperienza regionale, un *workshop* dedicato alla giornata "World Accessibility Day", partecipato da oltre 100 esperti, rappresentanti, tecnici e portatori di interessi sul tema dell'accessibilità declinata distintamente su 9 politiche regionali. L'evento ha trovato seguito con l'adozione da parte della Giunta regionale delle linee di indirizzo per una Toscana accessibile (d.g.r. n.1146 del 14-10-2024) e quindi con l'adozione del primo avviso pubblico di sostegno ai Comuni toscani per la presentazione e realizzazione di progetti di investimenti di accessibilità universale.

Nel 2024, la giornata mondiale per l'accessibilità, dà occasione per organizzare un *workshop* dedicato ai 27 progetti finanziati nel contesto del primo avviso pubblico per l'accessibilità universale. L'evento, accolto nella nuova sede del CRA, ospita i Comuni che si rendono portavoce del percorso realizzato per la definizione dei progetti di accessibilità universale, evidenziando strumenti soluzioni e politiche contestualmente attuate.

Il contesto della celebrazione del *World Accessibility Day*, risponde ai contenuti universali dell'accessibilità, in ragione dei quali – parallelamente - la Regione Toscana aderisce alla rete internazionale EIIDD *Design for All*, nonché partecipa a programmi e iniziative di rilievo europeo sul tema dell'accessibilità universale, da cui ne discende la presenza regionale a tavoli, convegni e studi internazionali.

16 Il percorso di qualità nelle strutture del sistema sociale integrato

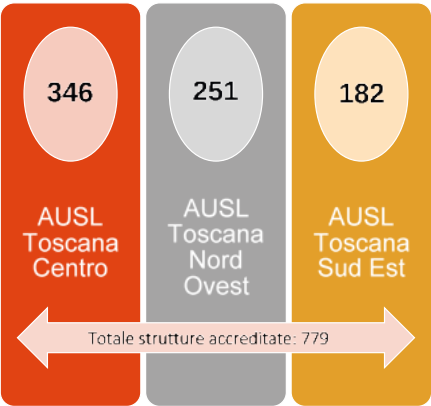
L. Galeotti, L. Colli, F. Vecchio (Regione Toscana)

Il quinquennio 2020-2025 ha coinciso con il primo ciclo del nuovo sistema di accreditamento istituzionale delle strutture del sistema sociale integrato in Regione Toscana, in seguito ai sostanziali cambiamenti apportati alla normativa originaria, l.r. n. 82/2009, con le l.r. n. 21/2017 e n. 1/2020. In particolare, il soggetto competente a rilasciare l'accREDITAMENTO alle strutture autorizzate (vale a dire quelle disciplinate dall'art. 21 della l.r. n. 41/2005 e dall'allegato A al regolamento d.p.g.r. n. 2/R/2018), non è più individuato nel comune ma nella Regione Toscana (art. 4 l.r. n. 82/2009). Rimane invece di competenza comunale l'accREDITAMENTO dei servizi, siano essi servizi di assistenza domiciliare erogata da organizzazioni (di tipo socio-educativo, socio-assistenziale o socio-sanitario), da operatori individuali, oppure altri servizi alla persona (art. 7 l.r. n. 82/2009). Inoltre è stata introdotta una durata di 5 anni per l'accREDITAMENTO delle strutture, alla scadenza dei quali è necessario effettuare un rinnovo. In questa occasione si è provveduto ad individuare, per le strutture di cui sopra, nuove liste di requisiti generali e specifici e di indicatori per il miglioramento continuo della qualità. Oltre ad aggiornare requisiti e indicatori sulla base dei fattori intervenuti negli ultimi anni (si pensi ad esempio a tutte le esigenze legate alla pandemia da COVID-19), la Regione ha optato per dare all'accREDITAMENTO anche una dimensione quantitativa, oltre che qualitativa. Questa scelta si è concretizzata nell'approvazione di una serie di nuovi indicatori misurabili, basati su uno standard minimo da raggiungere e atti a monitorare la qualità del servizio offerto dalla struttura, nell'ottica di un miglioramento continuo della stessa.

Si è quindi proceduto all'approvazione del nuovo regolamento di attuazione della l.r. n. 82/2009, d.p.g.r. n. 86/R/2020, e successivamente della deliberazione di Giunta regionale n. 245 del 15/03/2021. Se quest'ultima contiene i requisiti specifici e gli indicatori delle strutture di cui all'art. 21 della l.r. n. 41/2005 e dei servizi, e se il regolamento disciplina i requisiti generali e l'assetto dei controlli sulle strutture accreditate, con la modifica della norma transitoria (art. 13 l.r. n. 82/2009) sia le strutture che i servizi che risultavano già accreditati al giorno dell'approvazione della suddetta delibera avevano 1 anno di tempo per presentare agli enti competenti una comunicazione di adeguamento ai nuovi requisiti. Così facendo si è consentita alle strutture e ai servizi la possibilità di dichiarare l'adeguamento alla nuova normativa con una autocertificazione, favorendo il miglioramento della qualità e garantendo la continuità dei servizi erogati.

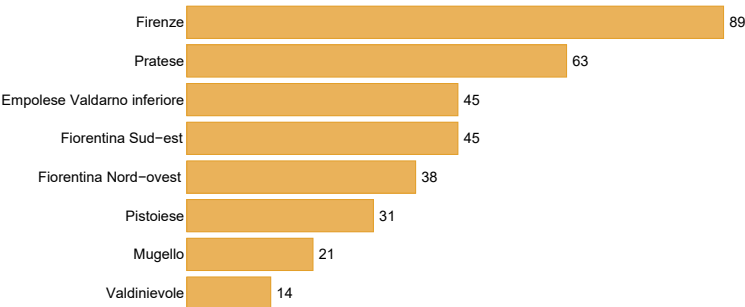
Perché tutto questo fosse possibile, e in armonia con la normativa nazionale, si è deciso di utilizzare lo strumento dell'istanza, da presentare al SUAP competente per territorio tramite l'accettatore regionale toscano: il portale STAR.

Figura 5. Totale strutture accreditate al 31/12/2024



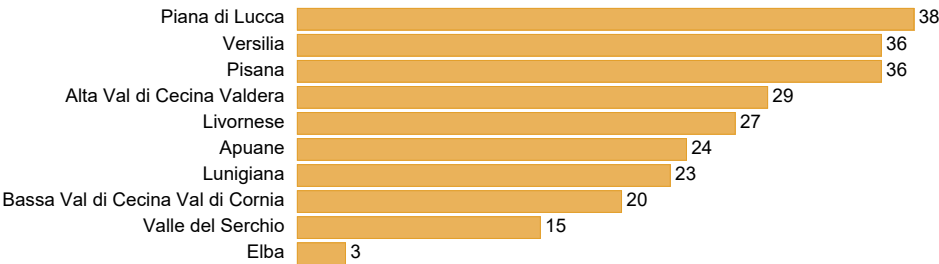
Fonte: elaborazione dati Regione Toscana.

Figura 6. Numero strutture accreditate per Zona-distretto/Società della salute – Azienda USL Toscana Centro



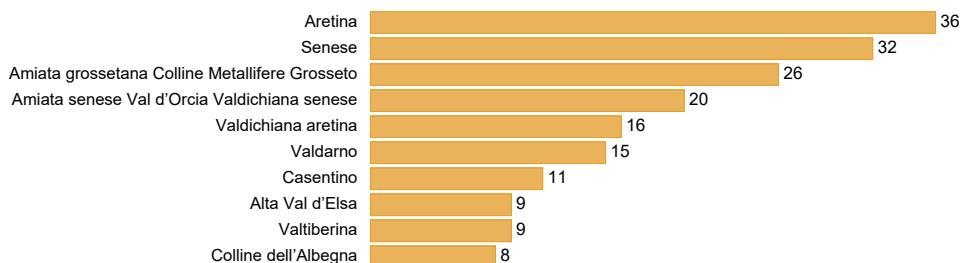
Fonte: elaborazione dati Regione Toscana.

Figura 7. Numero strutture accreditate per Zona-distretto/Società della salute – Azienda USL Toscana Nord-ovest



Fonte: elaborazione dati Regione Toscana.

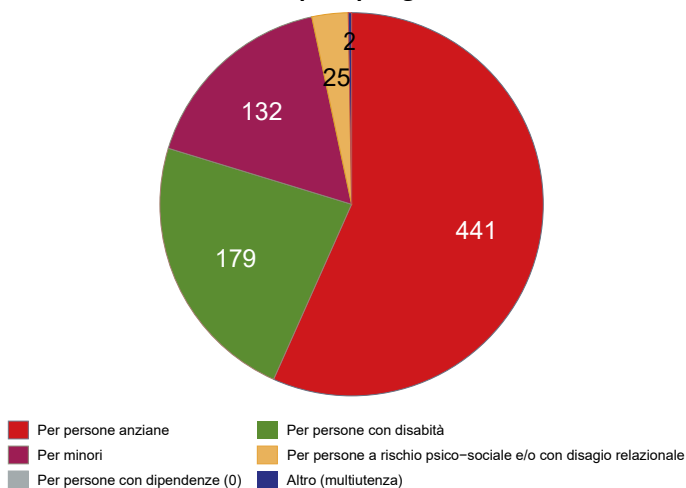
Figura 8. Numero strutture accreditate per Zona-distretto/Società della salute – Azienda USL Toscana Sud-est



Fonte: elaborazione dati Regione Toscana.

Parallelamente è stato sviluppato, in collaborazione con il Consorzio METIS, un sistema informativo che, lavorando in cooperazione applicativa con il suddetto sistema, consentisse al Settore regionale una gestione efficace dell'ingente mole di pratiche relative all'accREDITAMENTO che le numerose strutture sono tenute a presentare al SUAP di riferimento: il Sistema Informativo Regionale del Sistema Sociale Integrato (SIRSSI).

Figura 9. Numero strutture accreditate per tipologia di utenza accolta



Fonte: elaborazione dati Regione Toscana.

Il nuovo sistema di accREDITAMENTO ha comportato poi un necessario riassetto dei controlli, precedentemente di competenza, anche per quanto riguarda le strutture, del comune, il quale si avvaleva della Commissione multidisciplinare dell'Azienda USL competente per territorio, già incaricata della verifica sulla sussistenza dei requisiti necessari per ottenere e mantenere

l'autorizzazione al funzionamento. Si è quindi proceduto a separare i due aspetti, prevedendo la creazione di una commissione apposita, denominata Gruppo tecnico regionale di valutazione (GTRV), di cui la Giunta regionale si avvale per svolgere i controlli sulle strutture accreditate previsti dall'art. 6 della l.r. n. 82/2009. I controlli previsti sono di due tipi: sul solo possesso dei requisiti generali e specifici (per tutte le strutture di nuovo accreditamento e su un campione del 20% delle strutture che effettueranno il rinnovo allo scadere dei 5 anni); sul mantenimento dei requisiti generali e specifici e sulla conformità agli indicatori (per le strutture precedentemente accreditate che hanno comunicato l'adeguamento e per tutte le strutture accreditate successivamente). Per questi ultimi controlli è prevista l'estrazione annuale di un campione, con l'obiettivo di controllare ogni struttura accreditata almeno una volta nell'arco del quinquennio. In questo modo si vuole fornire al cittadino delle garanzie sulla qualità e omogeneità dei servizi erogati su tutto il territorio regionale.

Non avendo la Regione Toscana sufficiente personale con le adeguate competenze, e volendo garantire una terzietà nell'ambito dell'attività di controllo, la l.r. n. 82/2009 e il regolamento d.p.g.r. n. 86/R/2020 prevedono l'indizione di un avviso di selezione pubblica per l'inserimento degli idonei in un "elenco dei valutatori del sistema sociale integrato", dal quale attingere per nominare il GTRV. Per partecipare alla selezione pubblica sono richiesti i requisiti personali generalmente previsti per questo tipo di procedure, e sono sottoposti a valutazione ulteriori requisiti attinenti specificamente alla materia della qualità e della valutazione delle prestazioni del sistema sociale integrato. In seguito alla valutazione da parte di una Commissione esaminatrice di questi requisiti e di un colloquio attitudinale, viene approvata una graduatoria, sulla base della quale il direttore della Direzione regionale competente nomina con suo decreto i valutatori membri del GTRV e il suo coordinatore.

In coerenza con il sistema, anche il GTRV e l'elenco regionale dei valutatori del sistema sociale integrato hanno una durata di 5 anni.

La procedura, conclusasi nel marzo 2021, è stata seguita da un necessario periodo di formazione, sia "teorica" sugli item dei requisiti e sugli indicatori, sia "pratica", con l'effettuazione di un considerevole numero di visite di prova in altrettante strutture accreditate disponibili.

In parallelo a questo, è stata implementata e resa operativa la parte del sistema informativo SIRSSI dedicata proprio ai controlli, sulla quale lavorano in sinergia sia gli amministrativi del Settore regionale, sia i valutatori membri del GTRV.

L'attività di controllo, con tutte le difficoltà del caso legate alla pandemia all'epoca ancora in corso, è partita a pieno regime nel novembre del 2022. Di seguito le risultanze dell'attività di controllo al 31/03/2025:

Totale controlli: 355

- n. 75 esito positivo → 21 %
- n. 280 esito negativo (adeguamento) → 79%, di cui:
 - n. 180 percorso di adeguamento completato → 51%
 - n. 100 ancora in corso di adeguamento → 28%

Figura 10. Andamento dei controlli sulle strutture accreditate



Fonte: elaborazione dati Regione Toscana.

Figura 11. Adeguamenti a seguito degli esiti negativi dei controlli



Fonte: elaborazione dati Regione Toscana.

L'attuale ciclo quinquennale andrà a chiudersi nel marzo 2026. Da questa data in poi sarà possibile, per le strutture il cui accreditamento è in scadenza, presentare l'istanza di rinnovo, basata anch'essa sull'autocertificazione del possesso dei requisiti generali e specifici.

In coerenza con questa tempistica, verrà aggiornato l'elenco regionale dei valutatori del sistema sociale integrato, dal quale verrà infine nominato il nuovo GTRV (e il suo coordinatore), il quale avrà il compito di effettuare i controlli previsti dall'art. 6 della l.r. n. 82/2009 nel quinquennio 2026-2031.

Inclusione sociale

17 La programmazione regionale per l'accompagnamento e l'inclusione sociale

L. Bani (Regione Toscana)

17.1 I progetti per l'accompagnamento al lavoro e l'inclusione sociale nell'esperienza del FSE e del FSC della Regione Toscana

La Regione Toscana ha promosso e sostenuto la realizzazione su tutto il territorio regionale di un sistema diffuso e articolato di servizi per l'accompagnamento al lavoro di persone non occupate che si trovano in condizione di svantaggio socio-economico e di persone con disabilità in carico ai servizi socio-assistenziali, sanitari e/o socio-sanitari.

Gli interventi finanziati a valere sul Fondo Sociale Europeo 2014-20 e sul Fondo di Sviluppo e Coesione, si propongono di far uscire le persone particolarmente vulnerabili e a rischio di esclusione sociale da una condizione di fragilità, attraverso l'attivazione di percorsi individualizzati che prevedono misure attive di inserimento sociale e lavorativo, quali l'orientamento, la formazione e l'attivazione di tirocini di inclusione sociale presso aziende reclutate sul territorio toscano.

Nella programmazione del PR FSE+ 2021-2027 sarà data continuità ai percorsi tracciati finanziando per altri 64 milioni di euro attività e percorsi che prevedono il miglioramento dell'occupabilità di persone in carico ai servizi sociali e socio sanitari territoriali e il consolidamento del sistema integrato dei servizi di accompagnamento al lavoro, in coerenza con la programmazione territoriale sociosanitaria e con gli obiettivi strategici di:

- consolidare il modello di presa in carico con valutazione multidimensionale (equipe multiprofessionale) dei bisogni delle persone ai fini di una progettazione personalizzata di percorsi inclusivi individualizzati, con particolare attenzione alle diverse tipologie di destinatari/target sul territorio regionale, tenendo altresì conto delle necessità di corrispondere alle problematiche indotte dalle modifiche dell'ordinamento nazionale in materia di lotta alle povertà e dalla revisione del precedente istituto del reddito di cittadinanza;
- favorire e consolidare gli elementi di connessione tra i servizi sociali/socio-sanitari territoriali e i Centri per l'Impiego, sia in fase di programmazione generale che in fase di implementazione delle misure dirette ai destinatari finali, nel quadro degli obiettivi generali delle “*Linee guida integrazione sociale - lavoro*” approvate con la delibera di Giunta regionale n. 544 del 15/05/2023;
- favorire e consolidare un modello di collaborazione e partenariato pubblico-privato di servizi di accompagnamento al lavoro presente su tutto il territorio regionale,

valorizzando le esperienze maturate nel periodo precedente e promuovendo lo sviluppo su scala regionale gli istituti dell'amministrazione condivisa (coprogrammazione e coprogettazione) previsti dalla riforma del Terzo settore e dalla legge regionale n. 65/2020.

Tabella 3. Quadro sinottico degli Avvisi per l'accompagnamento al lavoro e l'inclusione sociale

Programmazione	Avviso pubblico	Finanziamento complessivo	Risultati
Programmazione 2014-2020 del POR FSE Asse B Inclusione sociale e lotta alla povertà	Servizi di accompagnamento al lavoro per persone disabili e soggetti vulnerabili	€ 14.511.285,00	<ul style="list-style-type: none"> • 2408 persone prese in carico • 1937 persone con progetti personalizzati di accompagnamento al lavoro • 1669 stage attivati
	Servizi di accompagnamento al lavoro per persone svantaggiate	€ 7.793.160,00	<ul style="list-style-type: none"> • 2.386 persone prese in carico • 1.804 persone con percorsi personalizzati di accompagnamento al lavoro • 1.485 tirocini di inclusione sociale attivati
	Servizi di accompagnamento al lavoro per persone disabili e soggetti vulnerabili - II edizione	€ 13.918.230,00	<ul style="list-style-type: none"> • 2.500 persone prese in carico • 1.510 persone con progetti personalizzati di accompagnamento al lavoro • 1.272 tirocini di inclusione sociale attivati
Programmazione 2014-20 del Fondo di sviluppo e coesione (FSC)	Servizi di accompagnamento al lavoro per persone svantaggiate ¹⁵	€ 10.248.430,00	<ul style="list-style-type: none"> • 2.172 persone prese in carico • 950 persone con progetti personalizzati • 819 tirocini di inclusione sociale attivati
Programmazione 2021-2027 del PR FSE+ 2021-2027, Priorità 3 Inclusione sociale	Interventi di accompagnamento al lavoro per persone in condizione di fragilità" (progetti avviati a gennaio 2025 con durata di 36 mesi)	€ 37.539.666,00	<ul style="list-style-type: none"> • 6.382 Persone con progetti personalizzati di accompagnamento al lavoro¹⁶ • 3.908 Tirocini di inclusione sociale attivati¹⁷

¹⁵ Scadenza progetti maggio-luglio 2025.

¹⁶ Risultati previsti.

¹⁷ Risultati previsti

17.2 Servizi di inclusione socio-lavorativa per persone detenute/con restrizione della libertà individuale

Nell'ambito della programmazione regionale finalizzata all'inclusione socio-lavorativa delle persone detenute o sottoposte a provvedimenti dell'Autorità giudiziaria, la Regione Toscana ha promosso specifici avvisi finanziati attraverso fondi dedicati. L'avviso "Servizi di inclusione socio-lavorativa e accompagnamento al lavoro" ha previsto due azioni principali: la prima ha riguardato la creazione di sportelli interni agli istituti penitenziari per le tutele sociali e l'inclusione attiva, raggiungendo 1.763 detenuti con un finanziamento di circa 600.000 euro. La seconda azione, con un investimento di quasi 2 milioni di euro, ha permesso l'attivazione di una rete regionale di servizi esterni per il reinserimento lavorativo e la realizzazione di percorsi di giustizia riparativa, portando all'attivazione di 204 tirocini di inclusione e al coinvolgimento di 1.149 persone in attività riparative. A questi si affianca l'avviso finanziato con risorse FSC 2014–2020, che ha consolidato le azioni già avviate, raggiungendo 1.686 detenuti attraverso sportelli sociali interni e 552 persone a fine pena tramite un innovativo servizio "ponte", pensato per accompagnare il delicato passaggio dalla detenzione alla libertà.

Tabella 4. Quadro sinottico degli Avvisi per l'inclusione socio-lavorativa per l'area carcere

Programmazione	Avviso pubblico	Azione	Finanziamento complessivo	Risultati
Programmazione 2014-2020 del POR FSE Asse B Inclusione sociale e lotta alla povertà	Servizi di inclusione socio-lavorativa e accompagnamento al lavoro per persone sottoposte a provvedimenti dell'Autorità giudiziaria di limitazione o restrizione della libertà individuale	Azione 1 - Servizi Interni: creazione di sportelli per le tutele sociali e l'inclusione attiva	€ 599.510	I servizi forniti hanno raggiunto complessivamente 1763 detenuti
		Azione 2 - Servizi Esterni:	€ 1.996.549	• 204 tirocini di inclusione sociale attivati
		• Attivazione di una rete regionale di servizi esterni per l'accompagnamento al lavoro ed esperienze di lavoro in impresa, retribuite con indennità alla persona; • Favorire la diffusione e la realizzazione di percorsi di "giustizia riparativa"		• 1149 persone con interventi di "giustizia riparativa".
Programmazione 2014-20 del Fondo di sviluppo e coesione (FSC)	Avviso Servizi di inclusione sociale per persone detenute	Azione 1 - Servizi Interni: creazione di sportelli per le tutele sociali e l'inclusione attiva Azione 2 - Servizio "Ponte": l'attivazione di un servizio "ponte" che, iniziato nella fase di pre-dimissione a fine pena, accompagna la persona nel primo periodo di libertà	€ 1.000.000	I servizi forniti hanno raggiunto complessivamente 1686 detenuti I servizi forniti hanno raggiunto complessivamente 552 persone a fine pena.

17.3 Interventi di sostegno alle cure domiciliari per persone con limitazione dell'autonomia

La Regione Toscana ha favorito la permanenza presso la propria abitazione delle persone non autosufficienti prese in carico dai servizi territoriali, finanziando interventi mirati all'accesso a percorsi innovativi di carattere socio-assistenziale e all'ampliamento dei servizi di assistenza familiare a sostegno della domiciliarità.

Prendersi cura di un soggetto non autosufficiente significa innanzitutto rispettare la persona e i suoi diritti fondamentali, tra i quali vi è il diritto alla domiciliarità che condiziona profondamente l'identità della persona. Una presa in carico precoce, una forte personalizzazione e una costante revisione del piano di intervento possono favorire l'assistenza al malato, consentendogli di rimanere nel proprio ambiente.

Gli interventi finanziati a valere sul Fondo Sociale Europeo 2014-20 e sul Fondo di Sviluppo e Coesione hanno contribuito a sviluppare un sistema di assistenza domiciliare, capace di affrontare una vasta gamma di necessità e sfide nei vari contesti dell'assistenza sanitaria e familiare. Il sistema mira a trattare in modo integrato le diverse dimensioni dell'assistenza, tenendo conto delle complessità delle condizioni dei pazienti e delle esigenze delle famiglie coinvolte.

Nella programmazione del PR FSE+ 2021-2027 sarà data continuità ai percorsi tracciati finanziando per altri 44 milioni di euro finanziando azioni che mirano a:

- implementare la risposta di continuità delle cure ai pazienti fragili e con bisogni assistenziali complessi, nel percorso di dimissione dall'ospedale;
- favorire l'accesso a servizi di carattere socio-assistenziale di sostegno e supporto alle persone con diagnosi di demenza e alla loro famiglia, per garantire una reale possibilità di permanenza presso il proprio domicilio;
- potenziare e consolidare i servizi di assistenza familiare per persone non autosufficienti ed evitare il ricovero in una struttura residenziale;
- favorire l'accesso a servizi di carattere socio-assistenziale di sostegno e supporto ai minori con disabilità e alle loro famiglie, per garantire loro una migliore qualità di vita e di integrazione sociale.

Tabella 5. Quadro sinottico degli Avvisi per Interventi di sostegno alle di cure domiciliari per persone con limitazione dell'autonomia

Programmazione	Avviso pubblico	Finanziamento complessivo	Risultati
Programmazione 2014-2020 del POR FSE Asse B Inclusione sociale e lotta alla povertà	Potenziamento dei servizi di continuità ospedale-territorio	€ 8.999.198	7727 Buoni servizi erogati
	Sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia	€ 12.312.269	<ul style="list-style-type: none"> • Azione 1: Percorsi innovativi per persone affette da demenza: 771 Buoni servizi erogati • Azione 2: Contributo per assistente familiare: 1893 Buoni servizio erogati
	Avviso a sportello "Sostegno ai servizi di cure domiciliare" – bis	€ 2.569.894	<ul style="list-style-type: none"> • Azione 1: Servizi di continuità assistenziale ospedale-territorio: 632 Buoni servizi erogati • Azione 2: Percorsi innovativi per persone affette da demenza: 330 Buoni servizi erogati • Azione 3: Contributo per assistente familiare: 204 Buoni servizio erogati
Programmazione 2014-20 del Fondo di sviluppo e coesione (FSC)	Sostegno ai servizi di cura domiciliari	€ 13.033.342	<ul style="list-style-type: none"> • Azione 1: Servizi di continuità assistenziale ospedale-territorio: 2845 Buoni servizi erogati • Azione 2: Percorsi innovativi per persone affette da demenza: 1181 Buoni servizi erogati • Azione 3: Contributo per assistente familiare: 874 Buoni servizio erogati
	Avviso a sportello "Sostegno all'assistenza socio-sanitaria domiciliare"	€ 7.037.229	<ul style="list-style-type: none"> • Azione 1: Servizi di continuità assistenziale ospedale-territorio: 529 Buoni servizi erogati • Azione 2: Percorsi innovativi per persone affette da demenza: 478 Buoni servizi erogati • Azione 3: Contributo per assistente familiare: 300 Buoni servizio erogati
	Interventi di sostegno alle cure domiciliari	€ 25.728.120	Progetti avviati ad aprile 2024 con durata di 36 mesi
Programmazione 2021-2027 del PR FSE+ 2021-2027, Priorità 3 Inclusione sociale			

17.4 Interventi per il rafforzamento della capacità istituzionale

La Regione Toscana ha promosso la sottoscrizione di un Accordo di collaborazione ai sensi dell'art. 15 della l. n. 241/1990 con tutte le Zone-distretto per la realizzazione di progetti di rafforzamento della capacità istituzionale e di animazione del sistema coinvolto nella gestione degli interventi di inclusione sociale attivati dal Settore Welfare e innovazione sociale nell'ambito del PR FSE+ 2021-2027 Priorità Inclusione sociale. (d.g.r. n. 421/2025)

L'implementazione della capacity building è finalizzata a favorire, anche in ottica perequativa, la maggiore omogeneità possibile a livello territoriale tra le Zone-distretto della Regione, riducendo il gap di informazione, competenze e, di conseguenza, ad aumentare ulteriormente la capacità di spesa rispetto alle performances ottenute nella programmazione 2014/2020.

Sarà istituita una figura ponte "collocata" presso i soggetti pubblici attuatori dei progetti finanziati dal FSE+ (Beneficiari), finalizzata a garantire un'azione di supporto qualificato al personale impegnato nella gestione dei progetti finanziati sulle Attività PAD 3.h.1 (Interventi di accompagnamento al lavoro) e 3.k.7 (Interventi di sostegno alle cure domiciliari), che operi in raccordo con gli uffici della Regione e fornisca supporto nella realizzazione di iniziative di animazione territoriale/disseminazione aventi ad oggetto gli interventi di Inclusione sociale attuati dai medesimi Enti. Per tale azione le risorse disponibili sono pari a € 3.449.600.

17.5 I numeri della Programmazione 2014-2020

Nel quadro della Programmazione 2014–2020, la Regione Toscana ha messo in campo significative risorse per promuovere l'inclusione sociale e lavorativa e il sostegno alla domiciliarità. Con oltre 46 milioni di euro investiti, i servizi di accompagnamento al lavoro hanno permesso la presa in carico di 9.466 persone, l'attivazione di 6.201 progetti personalizzati e 5.245 tirocini di inclusione sociale. Particolare attenzione è stata rivolta anche alle persone detenute o sottoposte a restrizioni della libertà personale: con circa 3,6 milioni di euro, sono stati presi in carico 5.354 individui, attivati 204 tirocini, realizzati 1.149 interventi di giustizia riparativa e garantita assistenza nel reinserimento a 552 persone a fine pena tramite il servizio "ponte". Parallelamente, il sostegno alle cure domiciliari ha visto l'erogazione di 17.764 buoni servizio, grazie a un investimento complessivo di quasi 44 milioni di euro, rafforzando così la rete di presa in carico e supporto per le persone fragili nei contesti familiari e territoriali.

Tabella 6. Servizi di accompagnamento al lavoro

Risorse messe in campo	Persone prese in carico	Progetti Personalizzati	Tirocini di inclusione sociale
€ 46.471.105	N. 9.466	N. 6.201	N. 5.245

Fonte: elaborazione dati Regione Toscana.

Tabella 7. Servizi di inclusione socio lavorativa per persone detenute/con restrizione della libertà

Risorse messe in campo	Persone prese in carico	Interventi di giustizia riparativa	Persone che hanno usufruito del servizio ponte	Tirocini di inclusione sociale
€ 3.596.059	N. 5.354	N. 1.149	N. 552	N. 204

Fonte: elaborazione dati Regione Toscana.

Tabella 8. Interventi di sostegno alle cure domiciliari

Risorse messe in campo	Buoni servizio erogati
€ 43.951.930	N. 17.764

Fonte: elaborazione dati Regione Toscana.

18 Il Pronto intervento sociale – il ruolo di SEUS all'interno del sistema dei servizi territoriali

C. Corezzi (Regione Toscana)

18.1 L'impianto generale ed il coordinamento con i territori

Il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 ha spinto tante amministrazioni a progettare in modo innovativo il 'Pronto intervento sociale', identificato anche dalla nuova programmazione come un Livello essenziale delle prestazioni sociali (LEPS).

In linea con la legge di istituzione dei servizi di Pronto intervento sociale (l. n. 328/2000 c. 4 lett. b), il SEUS è individuato dalla Regione Toscana come livello di servizio da garantire in tutto il territorio regionale.

Il SEUS, nell'esperienza toscana, configura non soltanto la costituzione di un vero e proprio "servizio", dedicato e specifico, inserito nel più ampio contesto dell'offerta pubblica di servizi sociali, ma anche di un "sistema", perché concepisce tale servizio come un 'pezzo' della più ampia organizzazione dei servizi sociali territoriali, in sinergia con gli stessi, a disposizione di tutta la cittadinanza, secondo una vocazione universalistica, oltre che di forte specializzazione nell'ambito del servizio sociale professionale.

Si tratta di un sistema-servizio di secondo livello dedicato e specifico - a titolarità pubblica, parte integrante nel sistema di offerta pubblica di servizi sociali - che dispone di un numero verde unico regionale gratuito attivo h24 e 365 giorni all'anno. Le segnalazioni partono dai soggetti pubblici (servizi sociali territoriali, forze dell'ordine, dipartimento dell'emergenza urgenza sanitaria e altri servizi sanitari) e da altri soggetti del territorio che si trovino di fronte ad una situazione di emergenza-urgenza sociale personale o familiare (dalle situazioni di violenza e abuso nel percorso Rete Codice Rosa, all'abbandono, alla non autosufficienza, agli abusi e maltrattamenti ma anche alle condizioni di povertà), ad un evento calamitoso o ad una situazione di emergenza climatica, che richiedano un pronto intervento.

La d.g.r. n. 838 del 25/06/2019 ha approvato un documento che rappresenta il modello organizzativo e l'impianto di riferimento su cui basare lo sviluppo del SEUS al fine di realizzare una strutturazione regionale unitaria e coerente, che preveda una sua declinazione e un suo sviluppo organizzativo nel territorio di ciascuna delle tre Aziende USL in collaborazione con i servizi sociali territoriali.

A livello regionale, è stata costituita una Cabina di regia con funzioni di indirizzo generale supportata da un Coordinamento tecnico-scientifico, che ha il compito di sovrintendere e monitorare lo sviluppo del SEUS, di studiare e proporre tutte le più opportune e necessarie strategie metodologico-organizzative e garantire la coerenza di sviluppo unitario, sia sotto il

profilo culturale sia organizzativo, a livello regionale e nelle sue declinazioni di area AUSL e zonale.

La Cabina di Regia si avvale inoltre di un Coordinamento regionale, espressione dello sviluppo del sistema-servizio nelle singole aree territoriali, al quale partecipano rappresentanti delle tre AUSL e delle singole Zone sperimentanti.

Negli ultimi anni le tre Aziende USL hanno anche istituito le Cabine di Regia aziendali SEUS con lo scopo di realizzare periodicamente una lettura e un'analisi dei bisogni e delle vulnerabilità sociali della propria realtà territoriale, al fine di monitorare risorse ed interventi, intercettare nuove necessità e promuovere una nuova visione nelle modalità organizzative e nelle metodologie di lavoro del servizio sociale.

A livello di singola Zona sono istituiti i Gruppi Operativi di Emergenza-Urgenza Sociale (GOES) che rappresentano l'infrastruttura organizzativa zonale del sistema regionale SEUS, espressione dei principali ambiti di intervento, anche integrabili secondo il principio dell'interdisciplinarietà, impegnati a garantire la continuità della presa in carico dei cittadini e a trovare riferimento nei coordinamenti di livello aziendale.

Per rendere omogenee la strutturazione e l'attività dei GOES, nel 2023 sono state approvate le linee guida per la realizzazione dei GOES e successivamente nel 2025 un documento con le modalità di organizzazione e funzionamento dei gruppi.

Il GOES è nominato con atto ufficiale e nella sua composizione stabile è composto da un referente autorevolmente rappresentativo per ciascun ambito/area di intervento del servizio sociale della zona. I componenti del GOES sono operatori con il profilo professionale di assistente sociale. Possono essere previsti anche – qualora l'organizzazione dei servizi sociali territoriali della zona lo necessiti – anche operatori con profili professionali diversi (ad es. operatori pubblici della zona, compresi rappresentanti di servizi sanitari, educativi e scolastici, o delle forze dell'ordine, rappresentanti del mondo del Terzo settore, del volontariato e dell'associazionismo locale).

Deve essere comunque prevista la partecipazione del referente territoriale del 'Codice rosa' e della Centrale Operativa Territoriale (COT).

Il GOES è coordinato dal Responsabile dell'emergenza sociale della zona (RES) – coadiuvato da Vice RES insieme ai quali costituisce lo *staff* di coordinamento - e svolge la sua attività in maniera continuativa, come parte integrante dell'organizzazione dei servizi sociali territoriali e ne rappresenta un'articolazione organizzativa stabile specificatamente dedicata all'ambito delle emergenze personali e familiari.

Il lavoro istituzionale dei GOES riguarda la road map e lo stato delle risorse a disposizione del servizio PIS da parte della Zona, la verifica dei rapporti con i soggetti segnalanti, la sensibilizzazione e la strutturazione di accordi e di collaborazioni, le procedure relative al settore di emergenza urgenza, comprese attività di formazione in materia.

In alcune riunioni può essere prevista anche una parte di Audit, per la quale viene preventivamente individuata una scheda di Intervento Effettuato che viene scelta per la discussione come caso studio.

Tra le funzioni del GOES rilevano in particolare quelle di garantire:

- il raccordo e la collaborazione con la Centrale Operativa del Servizio di pronto intervento sociale per sostenere e/o accompagnare l'attuazione degli interventi di emergenza-urgenza sociale in zona
- l'organizzazione della messa a disposizione delle risorse locali ai fini dell'attuazione degli interventi di emergenza-urgenza sociale e verificarne la disponibilità e le modalità di utilizzo
- l'ordinato e tempestivo passaggio della presa in carico dalla fase di emergenza-urgenza a quella di lavoro ordinario (continuità assistenziale), verificandone la correttezza e appropriatezza tecnico-professionale

Il lavoro di ampliamento e strutturazione di SEUS a livello regionale negli ultimi anni è stato accompagnato da un analogo percorso a livello nazionale, tramite una serie di interlocuzioni tra alcune amministrazioni che stavano già sperimentando o erano in procinto di avviare sul proprio territorio un servizio di Pronto Intervento Sociale.

18.2 La rete nazionale PIS e la scheda LEPS

Dopo un primo evento di carattere nazionale sul tema dei modelli organizzativi di PIS in Italia che è stato organizzato da Regione Toscana a Firenze il 5 maggio 2022, è stato costituito un Gruppo di Lavoro permanente, a livello nazionale, fra i PIS di Toscana, Venezia, Bologna, Cremona, Perugia, Roma, Napoli e Bari per lo scambio di esperienze, la condivisione di problemi e soluzioni e l'elaborazione di documenti condivisi.

Il punto di partenza è stata la scheda 3.7.1 LEPS Pronto intervento sociale allegata al Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023, che identifica alcuni punti cardine del servizio PIS:

- deve essere assicurato 24h/24 per 365 giorni l'anno tramite una Centrale Operativa del servizio dedicato e specifico per il pronto intervento sociale e può essere operato come uno specifico servizio attivato negli orari e giorni di chiusura dei servizi territoriali oppure come intervento specialistico sempre attivo (nel primo caso il pronto intervento sociale viene assicurato direttamente dai servizi territoriali negli orari di apertura);
- svolge la propria funzione rispetto ad una pluralità di target (minori, vittime di violenza, vittime di tratta, persone non autosufficienti, adulti in difficoltà, ecc.);
- garantisce il ricevimento delle segnalazioni nelle modalità concordate a livello territoriale (direttamente dalle persone in condizioni di bisogno, da altri cittadini, dai servizi pubblici e privati che hanno sottoscritto uno specifico accordo, ecc.);
- effettua una prima valutazione professionale e fornisce assistenza immediata, necessaria e appropriata alla persona, documentando ogni azione svolta e predisponendo un progetto d'aiuto urgente;
- segnala la situazione e trasmette la documentazione relativa agli interventi svolti in regime di emergenza e urgenza al servizio sociale competente, e/o ad altri servizi, nel primo momento utile per garantire la continuità della presa in carico.

La scheda è ovviamente sintetica e non tiene conto delle differenze che si possono riscontrare nell'effettiva operatività del servizio nei diversi territori italiani.

Il Gruppo di lavoro della rete nazionale PIS ha lavorato quindi come primo passo all'elaborazione di un documento – denominato “carta di identità” - che, a partire dalla scheda tecnica 3.7.1 sopra citata ed in modo coerente con la stessa, intende declinare a livello operativo territoriale le caratteristiche del Servizio di Pronto Intervento Sociale, tracciando elementi sia di continuità e uniformità che di specificità e originalità locale, evidenziandone caratteristiche fondamentali e criticità, con l'obiettivo di rappresentare un percorso in divenire da condividere anche con altre realtà italiane.

L'obiettivo principale di questa Carta d'Identità è stato quello di cominciare a disegnare una sorta di perimetro di coerenza che consenta di individuare alcune caratteristiche generali comuni, uniformi, che devono caratterizzare il SPIS come livello essenziale: si tratta, infatti, da un lato di intercettare e mettere in rete esperienze che possono effettivamente ritenersi all'interno di un perimetro di coerenza alla normativa, in particolare a quanto previsto nella scheda 3.7.1, e nello stesso tempo evitare il rischio di veder proliferare sotto il ‘cappello PIS’ esperienze diversificate e difformi, spesso molto lontane dal dettato normativo, che apportano confusione e disorientamento e non facilitano, anzi rendono ancora più difficoltosa e incerta, la progressiva realizzazione del livello essenziale PIS in Italia.

La “carta di identità” è stata presentata nel convegno nazionale sull'intervento sociale nella gestione delle emergenze che si è tenuto a Venezia il 14 aprile 2023 ed è stata portata all'attenzione del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali prima con una riunione e poi con la proposta alla Rete nazionale per la protezione e l'inclusione sociale di costituzione di un gruppo tecnico nazionale all'interno della Rete stessa. Il gruppo tecnico nazionale è stato poi costituito con d.m. 319 del 23/10/2023 e sta lavorando ad un aggiornamento della scheda 3.7.1.

Un grande apporto di contenuti è emerso dall'evento formativo del 26 settembre 2024 – organizzato a Firenze dal Gruppo nazionale PIS con il supporto logistico del SEUS Toscana - che ha coinvolto circa 130 operatori sociali provenienti dalle varie realtà territoriali. L'incontro, primo meeting nazionale di operatori sociali (in prevalenza assistenti sociali ed educatori professionali) interamente dedicati e specificatamente impegnati solo nei Servizi di Pronto Intervento Sociale in Italia, aveva l'obiettivo di evidenziare i punti di forza e di debolezza, le opportunità e i rischi/minacce inerenti due aspetti fondamentali del servizio PIS: il processo di soccorso e la centrale operativa. Infatti il PIS – come prevede la scheda 3.7.1 - deve avere la sua organizzazione costruita intorno a tale struttura che può concepirsi come una sorta di Centrale Operativa di un 118 di tipo sociale e con una processualità e un approccio metodologico adeguati rispetto all'attività come pronto soccorso sociale.

In particolare è emersa l'importanza di:

- identificare soluzioni che rafforzino il lavoro in equipe e il reperimento ed il mantenimento di personale stabile e competente, per dare continuità al servizio;

- prevedere l'impiego di profili professionali specificatamente formati e dedicati, in una logica interdisciplinare, con il principale e fondamentale apporto, ma non esclusivo, del servizio sociale con assistenti sociali, ma anche educatori professionali, psicologi, mediatori, ed altri;
- prevedere un'attività formativa specializzata sul tema, organizzata nei vari ambiti e a livello nazionale, con carattere di continuità;
- favorire la conoscenza del servizio PIS a vari livelli, tramite incontri o seminari periodici con tutti i soggetti coinvolti nel processo di soccorso - servizi sanitari, prefetture, forze dell'ordine e servizi sociali - cercando di definire con più precisione il perimetro degli interventi sociali in emergenza-urgenza;
- continuare il percorso già avviato a livello nazionale per la creazione di una cartella sociale che permetta la condivisione dei dati e degli interventi attivati per le persone, come accade per il fascicolo sanitario; sulla breve distanza, sarebbe utile prevedere la possibilità di estrapolare e confrontare con reportistica ad hoc i dati di monitoraggio del LEPS che verranno inseriti dagli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) sul Sistema Informativo dell'Offerta dei Servizi Sociali SIOSS1 dopo l'approvazione del nuovo Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2024-2026;
- dare continuità nell'erogazione dei contributi agli ATS per i servizi PIS ampliandone la portata e prevedere anche un supporto finanziario agli Enti locali per quanto riguarda le strutture di accoglienza: il PNRR terminerà nel 2026 e c'è necessità di trovare nuovi fondi strutturali che possano sostenere gli investimenti in ambito sociale relativi al PIS.

Ad oggi il Gruppo Nazionale – che negli ultimi mesi ha accolto il Comune di Torino, la Provincia autonoma di Trento, l'ATS Ven_22 Ovest Veronese e sta raccogliendo ulteriori richieste di adesione - continua a lavorare congiuntamente tramite incontri online in plenaria con tutti i membri, la convocazione periodica di gruppi di lavoro tematici ai quali ciascun membro ha aderito liberamente secondo i propri interessi prevalenti e le proprie competenze (attualmente sono tre: Rapporti con il Ministero, Formazione, Comunicazione editoriale), seminari formativi (il prossimo si terrà a Firenze a novembre 2025), convegni tematici, incontri tecnici con le direzioni ministeriali competenti.

19 Le azioni regionali di sostegno alle famiglie e di tutela dell'infanzia e dell'adolescenza

A. Vignozzi (Regione Toscana), V. Ferrucci, S. Marinelli, S. Mastroberti, F. Menna (Centro Regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza)

Nello sviluppo di efficaci politiche di sostegno alle famiglie e di tutela dell'infanzia e dell'adolescenza, le attività regionali, realizzate durante l'XI Legislatura della Regione Toscana (2020–2025) e finalizzate a supportare il lavoro sul territorio, favorire la collaborazione interistituzionale e multi-livello, sono state molteplici.

Il sistema regionale dei servizi sociali di sostegno alle famiglie e di tutela dell'infanzia e dell'adolescenza ha visto in Toscana nel corso della XI Legislatura l'emersione di pratiche innovative e di una crescente attenzione all'integrazione socio-sanitaria, specialmente alla luce della crisi pandemica che ne ha segnato i primi anni di attività.

Gli strumenti di *governance* finalizzati ad attuare le politiche regionali in questo ambito vengono analizzati nelle pagine seguenti e sono rappresentati, nello specifico, dai tavoli di coordinamento e di monitoraggio nei diversi settori di intervento regionale e dall'attivazione di progettualità innovative nel contesto del welfare a sostegno delle famiglie e delle giovani generazioni.

Il modello di *governance* proposto dalla Regione Toscana promuove l'integrazione delle azioni e delle politiche tra i diversi settori dell'amministrazione regionale, gli enti locali, il Governo nazionale, il Terzo settore ed il privato sociale mettendo a sistema il ricchissimo catalogo di progettualità ed esperienze che si sono sviluppate.

L'esperienza toscana, che ormai va consolidandosi negli anni, evidenzia l'approccio partecipativo che contraddistingue le politiche della Regione in questo ambito del welfare regionale e conferma il suo impegno della verso politiche sociali integrate e partecipative.

19.1 I tavoli di coordinamento regionali

I tavoli di coordinamento si sono confermati, nell'ambito della XI Legislatura toscana, uno strumento di *governance* essenziale per favorire la collaborazione interistituzionale, multi-livello e multi-attoriale e condividere e monitorare le buone pratiche in atto.

Tra i diversi tavoli regionali, si menzionano il tavolo regionale della rete della protezione e dell'inclusione sociale, principale sede di confronto sulle strategie di contrasto alla povertà ed esclusione sociale, e il tavolo regionale di coordinamento per le politiche di genere. L'esperienza consolidata di questi strumenti mostra l'approccio partecipativo che contraddistingue le politiche della Regione nel welfare e ha costituito il fondamento per estendere tale modello di

governance a ulteriori settori.

Questa sezione del rapporto ha l'obiettivo di rappresentare in sintesi l'esperienza e i principali risultati di selezionati tavoli di coordinamento di grande rilevanza e attivati, in particolare, nell'ambito dei Centri per le famiglie, della sperimentazione *Care Leavers*, dell'affidamento familiare, dell'adozione e del LEPS PIPPI.

19.1.1 Il primo tavolo di coordinamento dei Centri per le famiglie toscani, 24 ottobre 2024

Negli ultimi anni si è sviluppata in Toscana una rete di Centri per le famiglie, strutture che mirano a concentrare un'ampia offerta di servizi per costituire un presidio di riferimento ai diversi bisogni delle famiglie del territorio. La deliberazione di Giunta regionale n. 158/2023 ha introdotto alcuni standard di riferimento per i Centri per le famiglie toscani, e la delibera n. 507/2024 ha definito le modalità di ripartizione dello stanziamento delle risorse, del Fondo politiche per la famiglia e a titolo di cofinanziamento regionale, e di loro utilizzo da parte delle Zone-distretto/Società della salute.

Il percorso di coordinamento è iniziato il 24 ottobre 2024, con la convocazione del primo Tavolo di Coordinamento regionale dei Centri per le famiglie toscani. L'incontro, che ha riunito i referenti dei Centri sul territorio e gli uffici regionali competenti, ha rappresentato un passaggio cruciale per strutturare la collaborazione tra le diverse realtà locali e la Regione. All'ordine del giorno dell'incontro sono stati affrontati quattro temi operativi principali:

- Stato dell'arte delle progettazioni: analisi delle attività e dei progetti in corso nei Centri;
- Nuove progettualità: pianificazione delle iniziative avviate nell'anno e programmazione delle azioni future;
- Criticità emerse: individuazione e confronto sulle principali difficoltà operative e gestionali riscontrate;
- Buone pratiche: scambio di esperienze e metodologie di successo tra i diversi territori.

In questo senso il tavolo di coordinamento dei Centri per le famiglie si pone quale strumento per l'armonizzazione delle pratiche territoriali, per lo sviluppo di riflessioni condivise, per la messa a comune di strumenti e *know how* sviluppati attraverso le esperienze territoriali e messe a servizio della programmazione regionale.

19.1.2 I tavoli di monitoraggio e coordinamento della sperimentazione *Care Leavers*

La sperimentazione *Care Leavers*, promossa dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali nell'ambito del Fondo per la Lotta alla Povertà e all'Esclusione Sociale e realizzata in collaborazione con l'Istituto degli Innocenti, viene avviata nel 2018. Il progetto si rivolge a coloro che al compimento della maggiore età vivono fuori dalla famiglia di origine sulla base

di un provvedimento dell'autorità giudiziaria, che li abbia collocati in comunità residenziali o in affido eterofamiliare. Lo sviluppo dei progetti di autonomia richiede l'attivazione di un sistema di interazione tra più soggetti istituzionali e non istituzionali, ciascuno dei quali svolge un ruolo preciso all'interno del percorso: il ragazzo/la ragazza e i suoi familiari; gli adulti dei Servizi sociali pubblici, del privato sociale e dell'associazionismo; i rappresentanti dell'autorità giudiziaria e altri adulti che sono punti di riferimento importanti nella vita quotidiana di ciascun *care leaver*. La governance ha un'articolazione che prevede il coinvolgimento di attori del livello nazionale e del livello decentrato (regionale e locale); la sperimentazione, infatti, intende attivare interventi di sistema che promuovano percorsi di crescita complessiva dei contesti locali a favore dei bambini e dei ragazzi allontanati dalla famiglia, in particolare, in vista della promozione della loro autonomia dall'universo dei servizi.

In questa cornice progettuale il ruolo della Regione Toscana è quello di sostenere le progettazioni locali (dal 2018 le progettazioni *Care Leavers* ad oggi hanno coinvolto in maniera crescente le Zone-distretto, per un totale di dieci Zone-distretto toscane) sia attraverso l'interlocuzione puntuale sia attraverso la gestione di tavoli di monitoraggio e coordinamento periodici (all'incirca trimestrali). I tavoli nel tempo hanno trasformato il loro ruolo da monitoraggio dell'andamento delle progettazioni zonali alla messa a comune di criticità, punti di forza e ipotesi di miglioramento delle singole progettualità, per la costruzione di una prospettiva di sviluppo condivisa, anche attraverso il confronto e l'ibridazione con altre progettualità e percorsi in atto. In questo contesto, anche l'ultimo tavolo di coordinamento, svoltosi nell'aprile 2025, ha fornito l'occasione per diffondere e confrontarsi, a partire dalle progettazioni in atto, su altre misure e progettazioni a sostegno della fascia degli adolescenti/neomaggiorenni, quali le misure di inserimento lavorativo promosse dalla progettazione FSE della Regione toscana, le misure di sostegno all'autonomia abitativa quali il bando per l'accesso al contributo affitto a sostegno dei *care leavers* toscani/e, l'avvio delle progettazioni territoriali del bando nazionale DesTEENazione per la partecipazione delle fasce giovanili, la costruzione di una rete di luoghi e percorsi aggregativi territoriali che valorizzi il patrimonio culturale e aggregativo presente sul territorio toscano.

19.1.3 I tavoli di coordinamento regionale per l'affidamento familiare

Costituito nel corso dell'annualità 2022, l'obiettivo del tavolo è quello di da-re voce ai singoli Centri Affidi delle Zone sociali, alle associazioni di fami-glie affidatarie attive sul territorio regionale e ai Servizi sociali territoriali operativi nel settore dell'affidamento creando uno spazio di confronto e ag-giornamento costante sullo stato dell'arte circa normativa, procedure, for-mazione e buone pratiche. La finalità ultima del tavolo è di armonizzare le pratiche e le procedure sull'affidamento su tutto il territorio regionale.

La partecipazione è rivolta alle équipe multidisciplinari dei Centri Affidi toscani (psicologi, assistenti sociali e educatori) e ad associazioni di fami-glie affidatarie operative sul territorio

regionale. Tutti gli incontri sono occasione di confronto e di riflessione congiunta sull'applicazione dei nuovi Indirizzi operativi regionali approvati con delibera regionale, nonché di messa a fuoco circa i bisogni formativi e di aggiornamento professionale degli operatori, con il contributo anche di altri attori coinvolti nell'affidamento familiare in ottica multidisciplinare e intersettoriale, come esperti esterni o enti privati o pubblici, come il Tribunale per i Minorenni di Firenze.

Le riunioni del Tavolo di coordinamento regionale sull'affido si svolgono secondo un calendario che prevede 4 incontri annuali in modalità mista on-line e in presenza presso l'Istituto degli Innocenti o Palazzo Cerretani, a Firenze.

19.1.3.1 Nuovi Indirizzi Operativi regionali per l'affidamento familiare e modulistica aggiornata

Durante l'annualità 2023, all'interno degli incontri del Tavolo di coordinamento si è avvertita l'esigenza da parte degli operatori dei Centri Affidi della Regione Toscana di rendere più omogenee le procedure operative nell'ambito dell'affido, pur nel rispetto delle specificità organizzative e territoriali, attraverso la promozione di un linguaggio comune e prassi operative condivise. Da tale idea, all'interno del Tavolo di coordinamento regionale, si è costituito un gruppo ristretto formato dagli operatori di cinque Centri Affidi con il compito di elaborare una bozza di documento da portare alla discussione di tutto il coordinamento. Tale documento è stato redatto a partire dal confronto tra le procedure scritte e non scritte diffuse nei vari Centri Affidi toscani che hanno permesso di produrre una prima bozza che è stata progressivamente integrata, modificata ed approfondita. Gli esiti di questo percorso sono stati presentati in tre eventi in Area Vasta di "Presentazione delle nuove linee guida per l'affido", organizzati da Regione Toscana in collaborazione con il Centro Regionale di Documentazione per l'infanzia e l'adolescenza, durante l'autunno 2023. Tali Indirizzi operativi sono stati approvati dalla Giunta regionale Toscana con deliberazione 11 dicembre 2023 n. 1494.

Il quadro normativo di riferimento è costituito dalla legge 4 maggio 1983 n. 184, modificata ed integrata dalla legge 28 marzo 2001, n. 149, dalla legge 19 ottobre 2015, n. 173 (sul diritto alla continuità affettiva dei bambini e delle bambine in affido familiare) e dal decreto legislativo 10 ottobre 2022, n. 149 recante "Attuazione della legge 26 novembre 2021, n. 206, recante delega al Governo per l'efficienza del processo civile e per la revisione della disciplina degli strumenti di risoluzione alternativa delle controversie e misure urgenti di razionalizzazione dei procedimenti in materia di diritti delle persone e delle famiglie nonché in materia di esecuzione forzata".

I nuovi Indirizzi Operativi, facendo propri i contenuti delle Linee di Indirizzo nazionali per l'affidamento familiare e del Sussidiario per operatori e famiglie del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali in collaborazione con l'Università degli Studi di Padova, integrano e approfondiscono le Linee di Indirizzo Regionali approvate con d.g.r. n. 139 del 27/02/2006 e d.g.r. n. 374 del 10/04/2017. Per l'applicazione di tali procedure, la bussola di orientamento

non può che essere costituita dai principi e dai valori fondanti la professione dell'assistente sociale (quali, il rispetto della dignità, del valore di ogni persona, la globalità, l'equità, l'autodeterminazione, la partecipazione, ecc.). Le procedure infatti aiutano senz'altro a muoversi con più flessibilità nelle decisioni professionali.

Il documento è suddiviso in sette capitoli: nel I viene brevemente descritta la cornice teorica di riferimento che si rifà al modello bioecologico dello sviluppo umano di U. Bronfenbrenner; nel II capitolo viene sinteticamente illustrato l'inquadramento giuridico dell'istituto dell'affidamento familiare; nel III vengono descritte le varie tipologie di affidamento; nel IV vengono descritte le principali caratteristiche di specifiche forme di accoglienza; nel V capitolo si descrivono le principali caratteristiche del modello organizzativo del Centro Affidi; nel VI vengono analizzate le sette aree operative del Centro Affidi e nell'ultimo sono delineati i rapporti con le organizzazioni di tipo privato.

A corredo degli Indirizzi Operativi e al fine di renderli quanto più concreti e applicabili è stato svolto un lavoro di stesura e ristrutturazione di parte della modulistica utilizzata dagli operatori dei Centri affidi e dai Servizi Sociali territoriali.

Tale lavoro, partendo da strumenti e schede utilizzate nelle diverse Zone sociali, ha prodotto cinque schede operative, riviste e condivise di volta in volta con tutto il tavolo di coordinamento:

- Scheda richiesta risorsa;
- Scheda progetto affido;
- Scheda primo contatto famiglia affidataria;
- Scheda percorso di conoscenza della famiglia;
- Scheda disponibilità della famiglia.

Il lavoro di co-redazione ed aggiornamento della modulistica è ancora in fieri e pertanto ha previsto una iniziale fase sperimentale avviata a settembre 2024.

19.1.3.2 Monitoraggio dell'utilizzo della modulistica aggiornata

L'idea di un iniziale monitoraggio è nata nell'ambito delle riunioni di aggiornamento svolte mensilmente tra Centro Regionale Infanzia e Adolescenza (CRIA) e Regione Toscana nell'ambito dell'accordo di collaborazione ai sensi della l.r. n. 31/2000. Tale monitoraggio nasce dall'esigenza avvertita da parte della Regione Toscana di indagare lo stato dell'arte circa l'effettiva implementazione ed adesione agli Indirizzi Operativi per l'affidamento familiare, con l'obiettivo, come già ricordato, di rendere più omogenee le procedure operative. Inoltre, considerando la molteplicità delle figure professionali che orbitano attorno al mondo dell'affido, si è ritenuto estremamente importante valutare come esse dialogano fra loro, come interagiscono, come vivono il proprio ruolo all'interno dell'équipe multidisciplinare e come gestiscono le risorse in ogni fase del processo in questione.

La scheda di monitoraggio, prodotta dai ricercatori del CRIA, è stata suddivisa in sette sezioni seguendo a grandi linee i contenuti declinati e approfonditi negli Indirizzi Operativi.

Nella prima sezione si sono raccolti i dati del compilatore con relativa specifica circa ente di appartenenza (centro affidi, associazione famiglie affidatarie, servizio territoriale), ruolo ricoperto, comune di riferimento e zona di operatività. Nella seconda sezione ci si è focalizzati sul Progetto Quadro e sulle figure coinvolte; nella terza sul Progetto di Affidamento e sull'attivazione di specifiche forme di accoglienza; nella quarta sezione sulla composizione e modalità di lavoro dell'équipe multidisciplinare; nella quinta sulle principali caratteristiche del modello organizzativo del Centro Affidi; nella sesta sono state indagate le sette aree operative del Centro Affidi, descritte negli Indirizzi Operativi, quali:

- Area sensibilizzazione/promozione;
- Area consulenza ai servizi territoriali;
- Area accoglienza/informazione/formazione;
- Area conoscenza;
- Area istruttoria/abbinamento/avvio del progetto;
- Area monitoraggio e sostegno;
- Area conclusione del progetto.

Nell'ultima sezione sono stati indagati i rapporti con le associazioni.

Il monitoraggio si è svolto da settembre 2024 a novembre 2024. In prima istanza, sono stati coinvolti gli operatori dei Centri Affidi e del Servizio Sociale Professionale della Regione Toscana; in un secondo momento, la compilazione della scheda di monitoraggio è stata estesa anche alle Associazioni di famiglie affidatarie che operano sul territorio regionale per la sensibilizzazione e promozione sul tema dell'affidamento familiare e svolgono attività di sostegno alle famiglie che hanno in corso progetti di affidamento familiare. I dati emersi sono stati diffusi e condivisi in plenaria con il Tavolo di coordinamento durante l'ultimo incontro di dicembre 2024 e pubblicati in un report del CRIA sul Monitoraggio dell'applicazione degli indirizzi operativi per l'affidamento familiare e della modulistica a livello territoriale (Raccolta dati settembre-novembre 2024).

19.1.3.3 Alcuni esiti rilevabili a dicembre 2024

Le Zone socio-sanitarie/Società della salute che hanno partecipato al monitoraggio sono 21 su 28, offrendo una copertura piuttosto significativa. Dall'analisi complessiva dei dati raccolti si rilevano sia criticità che punti di forza. Tra le criticità, si è riscontrato che non vi è una effettiva e diffusa implementazione sul territorio delle linee di indirizzo regionali a livello operativo e il conseguente limitato utilizzo della modulistica aggiornata e approvata dagli Indirizzi Operativi stessi. Persiste, in maniera non infrequente, la modalità orale di elaborazione e definizione del progetto quadro, che non viene elaborato per tutti i bambini presi in carico. Dall'altro versante, interessanti sono i punti di forza emersi e riscontrati: l'équipe multidisciplinare risulta costituita nella quasi totalità dei casi. Équipe in cui si registra la presenza dell'assistente sociale, di un operatore del Centro Affidi, così come di professionisti dell'area sanitaria e dell'educatore professionale. Inoltre si denotano prassi operative diversificate in merito alle iniziative messe

in campo finalizzate alla sensibilizzazione e alla promozione dell'affido. Nell'applicazione degli Indirizzi Operativi emerge un maggior lavoro di condivisione e una migliore collaborazione tra Centri Affidi e Servizi Sociali professionali.

Il monitoraggio ha messo in evidenza immancabili differenze tra i servizi, anche in virtù del diverso contesto territoriale nel quale sono inseriti e del diverso ruolo professionale ricoperto. Queste differenze non sono da intendersi come elemento di criticità, ma possono essere considerate come risorsa territoriale nell'ottica di una migliore intersettorialità e interdisciplinarietà che comporta da parte di tutti una buona capacità di adattamento e flessibilità organizzativa per meglio corrispondere ai bisogni dei minorenni e delle loro famiglie sul territorio.

19.1.4 Tavolo di coordinamento regionale per l'adozione in Toscana: integrazione, risultati e prospettive

I tavoli di coordinamento regionale per l'adozione, costituiti ai sensi dell'art. 7 dell'Accordo di collaborazione in materia di adozione tra la Regione Toscana, i comuni capofila di Firenze e Prato e le Società della salute Pisana e Senese e gli enti autorizzati all'adozione internazionale operanti in Toscana approvato con deliberazione regionale n. 51 del 23/01/2023, hanno rappresentato uno spazio fondamentale per il confronto tra le varie professionalità coinvolte nel sistema adottivo, con l'obiettivo di promuovere l'efficienza dei servizi, l'omogeneità delle pratiche e il miglioramento dell'accesso alle risorse per le famiglie adottive.

I tavoli di coordinamento, creati a livello regionale, hanno avuto il compito di rispondere a sfide complesse che si sono manifestate, tra le altre, nell'ottimizzazione dei percorsi adottivi, nell'armonizzazione delle politiche tra i vari settori coinvolti e nell'adozione di un approccio integrato che ha messo in luce le difficoltà e i bisogni dei minorenni e delle famiglie nel lungo periodo post-adottivo.

Durante la legislatura, il tavolo di coordinamento ha operato in un contesto caratterizzato dal bisogno di migliorare la collaborazione tra i diversi attori coinvolti nel sistema adottivo, tra cui i servizi sociali, le AUSL, gli enti autorizzati, il Tribunale per i Minorenni e le amministrazioni locali. È stato evidente come, nonostante la pluralità delle competenze e delle responsabilità, il lavoro di rete tra i settori fosse indispensabile per rispondere in modo coerente e tempestivo ai bisogni emergenti delle famiglie adottive.

In particolare, uno degli aspetti centrali del tavolo è stato l'intento di creare un linguaggio condiviso tra i professionisti, un fattore che si è rivelato cruciale per superare le difficoltà operative e rendere più fluida la comunicazione interistituzionale. I contributi emersi da queste discussioni hanno portato alla definizione di linee guida comuni per la gestione delle situazioni più delicate, quali quelle che riguardano i minorenni con particolari necessità sanitarie o psicologiche. All'interno dei gruppi di lavoro, si è posta particolare attenzione alla necessità di supportare le famiglie in maniera continuativa durante tutto il percorso adottivo, superando la visione di una "fase finale" legata solo all'inserimento del minorenne, ma allargando la prospettiva anche alla fase post-adottiva, caratterizzata da un'attenzione alla stabilità familiare e al benessere a lungo termine.

Il riscontro positivo della rete di supporto interprofessionale ha evidenziato come l'approccio integrato, che include non solo aspetti legali e procedurali, ma anche l'accompagnamento psicologico e sanitario, sia un fattore determinante per garantire l'efficacia delle adozioni e per prevenire i rischi di fratture nell'integrazione delle famiglie.

19.1.4.1 La formazione regionale come strumento di consolidamento delle pratiche

Nel quadro delle iniziative promosse dalla Regione Toscana, il Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza ha attivato il percorso intitolato "Verso il futuro dell'adozione e dell'affido: formazione, valutazione e innovazione", articolato in tre incontri intensivi svoltisi nell'autunno 2023 presso l'Istituto degli Innocenti con due esperti di fama internazionale e nazionale.

L'obiettivo dell'iniziativa è stato quello di approfondire le principali tematiche legate all'adozione e all'affido, con particolare attenzione alle recenti innovazioni normative e operative. La proposta formativa ha introdotto un nuovo modello di valutazione, concepito per rispondere alle sfide emergenti del sistema, in particolare nel contesto post-pandemico.

La metodologia ha integrato contributi teorici affidati a esperti del settore con attività pratiche, discussioni di gruppo, analisi di casi e l'impiego di materiale audio-video. Le esercitazioni e i lavori di gruppo hanno favorito l'applicazione concreta delle competenze, con l'obiettivo di rafforzare le capacità operative nella gestione dei procedimenti adottivi.

La formazione ha inoltre rappresentato un'importante occasione di confronto e cooperazione tra i diversi attori del sistema, promuovendo l'integrazione tra ambiti sociale e sanitario, in coerenza con quanto emerso dal tavolo di coordinamento regionale. La condivisione di esperienze e l'introduzione di modelli valutativi innovativi si sono rivelati elementi chiave per l'evoluzione del sistema di supporto all'adozione e all'affido in Toscana.

In continuità con il percorso formativo, sono stati istituiti tre gruppi di lavoro che stanno lavorando per approfondire specifiche tematiche emerse durante gli incontri. Questi spazi di confronto costituiscono un'estensione operativa del lavoro svolto in aula, con l'intento di trasformare le riflessioni condivise in pratiche concrete, favorendo l'integrazione tra professionalità e territori.

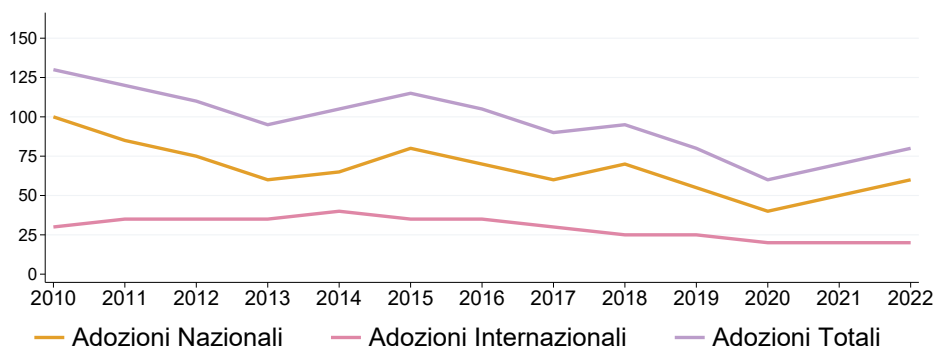
Il primo gruppo approfondisce le modalità di valutazione e conoscenza delle coppie aspiranti all'adozione o all'affido, con l'obiettivo di armonizzare criteri e strumenti a livello regionale e di costruire un linguaggio condiviso tra operatori. Il secondo è focalizzato sulla progettazione e sul rafforzamento dei percorsi formativi per le famiglie accoglienti, intervenendo sia sui contenuti che sulle metodologie, per garantire un'adeguata preparazione alle sfide dell'accoglienza. Il terzo si concentra sul supporto successivo all'inserimento, sviluppando strategie operative per l'accompagnamento delle famiglie, anche attraverso la creazione di reti multidisciplinari in grado di prevenire e affrontare tempestivamente eventuali criticità.

Nel loro insieme, i gruppi di lavoro rappresentano uno strumento strategico per consolidare buone prassi, valorizzare le esperienze locali e rafforzare la rete regionale, in coerenza con gli obiettivi del percorso formativo e con l'impegno comune verso un sistema più efficace e integrato di adozione e affido.

19.1.4.2 I risultati: dati e osservazioni

Nel periodo 2010–2023, il numero delle adozioni in Toscana ha registrato una tendenza in calo, in linea con quanto osservato a livello nazionale. Tuttavia, nonostante questo abbassamento dei numeri, la tipologia di adozioni ha visto un incremento nelle adozioni nazionali rispetto a quelle internazionali. I dati rilevati suggeriscono che, mentre l'adozione internazionale è stata influenzata da fattori esterni come le politiche internazionali e la pandemia, l'adozione nazionale ha mantenuto una certa stabilità, con una leggera flessione.

Figura 12. Andamento delle adozioni in Toscana (2010–2022)



Fonte: elaborazioni su dati tratti dal Report Adozioni in Toscana dell'Istituto degli Innocenti del 2019, dai bollettini statistici pubblicati dalla Commissione Adozioni Internazionali (2010-2023) e dalle statistiche regionali aggiornate al 31 dicembre 2022.

I tempi medi di completamento dei procedimenti adottivi hanno evidenziato un significativo divario tra i procedimenti legati all'articolo 11, che riguarda le adozioni internazionali, e quelli dell'articolo 12, che si riferiscono alle adozioni nazionali. Questo ha messo in luce una differenza importante nei tempi burocratici e nella gestione delle pratiche, con un impatto sulle risorse necessarie e sulla tempestività del supporto ai minorenni e alle famiglie.

Figura 13. Tempi medi dei procedimenti adottivi (Art. 11 vs. Art. 12)



Fonte: elaborazioni su dati della CAI (2022) e delle statistiche Regione Toscana (2022).

In conclusione, l'esperienza del tavolo di coordinamento regionale per l'adozione in Toscana rappresenta un esempio significativo di come l'integrazione dei servizi e il coordinamento interprofessionale possano contribuire a migliorare il sistema di adozioni, promuovendo un approccio più completo e inclusivo. La riflessione congiunta, la formazione specifica e l'adattamento alle sfide sanitarie, sociali e psicologiche hanno consentito di sviluppare pratiche più consapevoli e informate, ma anche di evidenziare le aree che necessitano di ulteriori miglioramenti.

Il contributo dei tavoli, insieme alla continua evoluzione della formazione professionale, si dimostra cruciale per rafforzare la rete di supporto alle famiglie adottive, promuovendo un accompagnamento integrato che risponda in maniera adeguata alle necessità emergenti e che consenta ai minorenni adottati di vivere un'esperienza di crescita serena e inclusiva.

19.1.5 Tavolo di coordinamento regionale PIPPI LEPS

Il Tavolo di coordinamento regionale PIPPI LEPS prende avvio nel febbraio 2023, a seguito dell'aggiornamento dei referenti delle Regioni e delle Province autonome del Comitato Tecnico di Coordinamento nazionale promosso dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali alla luce dell'avvio congiunto dell'implementazione del programma nazionale PIPPI a valere sulle risorse del PNRR e del FNPS. Il tavolo è composto dai Referenti Territoriali, dai coach e dai formatori presenti nelle zone sociosanitarie/Società della salute che stanno implementando il LEPS PIPPI.

Il tavolo è convocato dal Referente Regionale e si incontra quattro volte l'anno con l'obiettivo di:

- monitorare l'implementazione del LEPS;
- supportarne l'implementazione per costruire gradatamente l'infrastruttura di servizi necessaria a rendere esigibile il LEPS, garantendone la sostenibilità a lungo termine;
- favorire lo scambio di esperienze e buone pratiche;
- rilevare i bisogni formativi degli operatori ed operatrici di area sociale, socio sanitaria ed educativa al fine di organizzare percorsi formativi mirati.

PIPPI è stato il primo Programma nazionale di Intervento per prevenire l'istituzionalizzazione, ossia prevenire gli effetti negativi di tutte quelle pratiche dei servizi sociali che non rispettano il principio della personalizzazione, della partecipazione, della tempestività e dell'efficacia dell'intervento. PIPPI, il cui acronimo si ispira alla resilienza di Pippi Calzelunghe come metafora della forza dei bambini nell'affrontare le situazioni avverse della vita, è il risultato di un innovativo paradigma di azione pubblica, avviato nel 2011, tra il Ministero del lavoro e delle politiche sociali e il LabRIEF (Laboratorio di ricerca e intervento in educazione familiare) del Dipartimento FISPPA dell'Università di Padova, riconosciuto nel 2021 come Livello essenziale delle prestazioni sociali (LEPS). È rivolto a famiglie in cui i genitori sperimentano difficoltà a garantire risposte positive ai diversi bisogni di sviluppo dei bambini, che hanno

figli di età compresa tra gli 0 e i 17 anni, ma rivolge particolare attenzione ai primi mille giorni di vita. PIPPI intende creare uno spazio di supporto e collaborazione tra i genitori, i bambini e gli adolescenti, le persone vicine alla famiglia, gli assistenti sociali, gli psicologi, gli educatori e gli insegnanti che quotidianamente accompagnano i genitori e i loro bambini perché nessun bambino può crescere da solo e nessun genitore può educare da solo. La Regione Toscana ha aderito al programma nel 2013 e dal 2021 il programma coinvolge tutte e 28 zone sociosanitarie/Società della salute toscane, per un totale di circa 300 famiglie.

19.2 Recenti protocolli e progettualità finalizzati a sostenere le famiglie e a tutelare l'infanzia e l'adolescenza

Nel quadro del welfare regionale, un ruolo centrale viene conferito alle politiche finalizzate a promuovere l'inclusione e la partecipazione dei giovani e delle loro famiglie e ai percorsi di integrazione sociale dei cittadini stranieri che si configurano come un processo sociale complesso di lungo termine, multidimensionale e con molti attori coinvolti, specialmente a livello locale.

In questo contesto, la possibilità, da un parte, di potenziare i servizi dedicati ai giovani dagli 11 ai 21 anni e alle loro famiglie, e le opportunità, dall'altra, rivolte ai minorenni stranieri non accompagnati (MSNA) viene promossa attraverso azioni che hanno la finalità di proporre ed attuare interventi di ampio respiro su tutto il territorio regionale toscano a sostegno della costruzione di percorsi di inclusione, partecipazione e autonomia realizzati mediante la forte integrazione di attori che insieme concorrono alla tutela dell'infanzia e dell'adolescenza.

19.2.1 I protocolli a sostegno dell'inclusione dei minorenni stranieri non accompagnati

All'interno del sistema di protezione e promozione dei diritti dei bambini, delle bambine e degli adolescenti, i percorsi di inclusione dei minorenni stranieri non accompagnati perseguono il fine di rimuovere gli ostacoli al loro pieno sviluppo individuale e sociale anche nel passaggio alla maggiore età, attraverso la messa a sistema di percorsi che mitigano le differenze di accesso alle opportunità di crescita e autonomia rispetto ai loro coetanei autoctoni.

In questa ottica si sono sviluppati i percorsi che hanno portato alla firma di due protocolli, rispettivamente per l'accesso ai percorsi duali di formazione e lavoro e alla tutela sociale.

Il Protocollo di intesa tra la Regione Toscana, il Tribunale per i minorenni di Firenze, il Garante per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Toscana, l'Agenzia regionale toscana per l'impiego (ARTI), l'Ufficio scolastico regionale della Toscana, ANCI Toscana, l'Associazione dei tutori volontari e il Coordinamento Pollicino per sostenere l'inclusione l'accompagnamento al lavoro di minorenni stranieri non accompagnati e minorenni fuori famiglia attraverso

l'implementazione di percorsi duali di istruzione e formazione, è stato approvato con la delibera 15 gennaio 2024, n. 25, dalla Giunta regionale ed è frutto del confronto avviato fra i diversi attori coinvolti e supportato in prima istanza da ANPAL Servizi.

Esso si pone l'obiettivo fondamentale di sostenere l'attivazione di servizi di supporto alla valorizzazione e allo sviluppo delle competenze, all'inserimento socio-lavorativo e all'accompagnamento verso l'autonomia, attraverso la collaborazione tra gli attori coinvolti per l'implementazione di percorsi duali di istruzione e lavoro rivolti a minorenni stranieri non accompagnati e minorenni fuori famiglia. Tale obiettivo si incentra sulla promozione del sistema di apprendimento duale, con particolare attenzione all'apprendistato di primo livello, quale strumento volto a favorire il successo formativo dei minorenni in situazione di svantaggio attraverso il raggiungimento di un titolo di studio riconosciuto a livello nazionale. Nello stesso tempo l'accento viene posto sulla promozione dell'autonomia economica e dell'inclusione sociale dei giovani coinvolti in un percorso di legalità ed integrazione, anche una volta raggiunta la maggiore età.

La realizzazione dell'apprendistato di primo livello in Toscana ha assunto da tempo i contorni di un modello ben definito, che valorizza il conseguimento di un titolo di studio come uno degli strumenti per venire incontro a specifici bisogni educativi in un'ottica di lotta alla dispersione e di integrazione dei giovani con maggiori difficoltà.

Al compimento del 18° anno di età, i giovani ospiti in strutture di accoglienza per minorenni stranieri non accompagnati spesso non possiedono ancora la maturità necessaria per una vita completamente autonoma oppure non hanno ancora terminato il percorso educativo e/o formativo. Può accadere, quindi, che, dimessi dalle strutture di accoglienza, non siano in grado di costruirsi un progetto di vita indipendente e rischino di non portare a termine il percorso di inserimento sociale avviato all'interno delle strutture di accoglienza, vanificando l'investimento di tempo e risorse economiche messo in campo dai territori di accoglienza.

In questo quadro, il Protocollo si pone i seguenti obiettivi: favorire l'alfabetizzazione linguistica e l'acquisizione di titoli di studio di secondo grado anche attraverso l'integrazione con i Centri Provinciali per l'Istruzione degli adulti; supportare la presa in carico del Centro per l'impiego per la verifica delle competenze e delle condizioni di occupabilità in riferimento alla situazione del minorenne; agevolare l'ingresso dei minorenni fuori famiglia e dei MSNA nei percorsi di alfabetizzazione e di istruzione e formazione; supportare tutti i soggetti in campo, istituzioni formative, Centri provinciali per l'Istruzione e servizi sociali con modelli e strumenti di accompagnamento orientativo volti a sostenere la responsabilizzazione dei giovani e la costruzione di linee di continuità fra le diverse esperienze vissute verso il conseguimento dell'autonomia; accompagnare il Patto con i servizi sociali con percorsi personalizzati che possano prevedere anche un tirocinio di inclusione sociale; mettere a disposizione dei servizi sociali, delle comunità, dei soggetti affidatari e dei tutori la mappatura aggiornata delle opportunità e dei percorsi formativi; diffondere la conoscenza dei percorsi duali per l'inserimento dei minorenni fuori famiglia, dei MSNA e neomaggioranni in prosieguo amministrativo, con particolare attenzione all'apprendistato di primo livello, fra:

- a) le istituzioni formative con particolare di attenzione ai territori presso i quali sono ospitate le strutture di accoglienza dei minorenni in condizioni di svantaggio;
- b) le comunità, i soggetti affidatari e i tutori cui i minorenni non accompagnati fanno riferimento;
- c) le parti sociali e i potenziali datori di lavoro e loro rappresentanti.

Con la delibera n. 125/24 del 12 febbraio 2024 la Giunta regionale ha approvato il Protocollo di intesa fra la Regione Toscana, il Tribunale per i minorenni di Firenze, l'ANCIToscana, l'Istituto degli innocenti, il Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza, e l'Associazione dei tutori volontari di minori stranieri non accompagnati Regione Toscana per azioni coordinate per il supporto e la promozione della tutela volontaria dei MSNA e della tutela sociale dei neo maggiorenni. Il documento legittima il ruolo del tutore sociale come prosecuzione della figura del tutore volontario nel percorso di accompagnamento del neomaggiorenne, come figura di mediazione e facilitazione nei confronti delle istituzioni e dei servizi. Su questa base, le parti firmatarie si impegnano alla realizzazione delle seguenti finalità: garantire una formazione continua e congiunta dei tutori volontari; favorire la condivisione di informazioni, prassi e strumenti; promuovere la tutela volontaria; e favorire una progettualità congiunta. Il Protocollo, infine, stabilisce l'istituzione di un Tavolo regionale di coordinamento per favorire il raccordo tra le istituzioni locali competenti in materia e sviluppare una concreta collaborazione in supporto alla tutela volontaria e alla tutela sociale, anche coinvolgendo le comunità di accoglienza dei minorenni e dei neomaggiorenni.

Come noto, la legge n. 47/2017 ha introdotto nell'ordinamento italiano la figura del tutore e della tutrice volontari, con funzioni di rappresentanza legale e supporto delle e dei minorenni stranieri non accompagnati presenti nel nostro Paese. Tale funzione, com'è normale, cessa con il compimento del diciottesimo anno di età delle persone in tutela. Quello che però non si interrompe, nella maggior parte dei casi, è l'esigenza di un rapporto di sostegno e di orientamento nei confronti del loro percorso di integrazione.

La maggior parte dei minorenni stranieri arrivati soli, infatti, ha già compiuto 17 anni, e un percorso di inclusione sociale richiede tempo e una particolare attenzione durante la fase di transizione alla maggiore età. Anche la Commissione Europea, nel Piano di integrazione ed inclusione del 2020, sottolinea l'importanza di questo passaggio per i minorenni che si trovano nel paese di accoglienza senza una rete e un sostegno familiare e sociale, alla luce del loro percorso di integrazione. Quando il minorenne perde la sua connotazione di minorenne per diventare soltanto uno straniero, al di fuori della cornice di tutela e salvaguardia dei diritti dei minorenni, la presenza del tutore può fare una grande differenza nella sua vita. Il tutore sociale che si mette a disposizione per continuare a supportare il tutelato, può favorire percorsi di inclusione efficaci, facilitare il dialogo con le istituzioni e i servizi, infine garantire l'accompagnamento armonioso oltre la maggiore età del minorenne straniero.

Dall'approvazione della legge n. 47/2017, la figura del tutore volontario è stata progressivamente riconosciuta positivamente tra le istituzioni, mentre rimane una sfida aperta la questione della legittimazione del loro ruolo dopo la maggiore età, nella qualità di tutore sociale.

Grazie alle azioni di *advocacy* portate avanti a livello nazionale nell'ambito dell'iniziativa "*Never alone, per un domani possibile*", attraverso il programma di intervento a supporto del sistema di tutela volontaria e di sperimentazione della tutela sociale, alcuni Tribunali per i minorenni hanno iniziato a riconoscere il ruolo del tutore o della tutrice volontaria nei decreti di prosieguo amministrativo. Il primo è stato il Tribunale per i minorenni di Messina, con il decreto del 10 marzo 2021, prassi poi sviluppatesi in altri contesti, come ad esempio presso il Tribunale per i minorenni di Firenze, dove da maggio 2021 a giugno 2023 la legittimazione del tutore sociale è stata riconosciuta in 56 decreti di prosieguo amministrativo. Tale pratica risponde all'esigenza di disporre di un atto che certifichi la prosecuzione di un rapporto che, se non è più di rappresentanza e di tutela legale, resta di supporto all'inclusione sociale, abitativa e lavorativa e può essere d'aiuto soprattutto nella relazione con i soggetti istituzionali e non, con cui i tutelati continuano a confrontarsi (es. Questure, AUSL, Centri per l'impiego, Agenzie immobiliari ecc.). Il Protocollo di intesa sulla tutela volontaria e sociale per MSNA e neo maggiorenni nasce dalla maturazione di questo contesto e dall'esigenza di porre a servizio della tutela volontaria e sociale una rete capace di sostenere la funzione ed il ruolo della tutela che può prendere forma anche grazie all'azione di *advocacy* realizzata all'interno del Progetto *Never Alone*.

Il Protocollo rappresenta un punto di riferimento per l'attuazione delle politiche regionali di coordinamento tra i diversi soggetti, istituzionali e del terzo settore, impegnati nel comune obiettivo di favorire i percorsi di integrazione dei MSNA e dei ragazzi neomaggiorenni. Attraverso forme stabili di rete improntate ad un approccio multidisciplinare, in particolare, la Regione si pone come obiettivo di favorire il percorso verso il raggiungimento dell'autonomia personale, economica ed abitativa dei giovani neo maggiorenni attraverso percorsi partecipati e co-progettati in grado di coniugare il bisogno di accompagnamento educativo nella fase di passaggio verso la maggiore età e il bisogno di indipendenza e autodeterminazione delle ragazze e dei ragazzi.

I Protocolli vengono siglati nel 2024, e già a fine anno e nei primi mesi del 2025 sono state sviluppate le principali azioni previste dagli stessi, compreso il tavolo di coordinamento per lo sviluppo della tutela volontaria e sociale, in accordo con il Tribunale per minorenni, il Garante per l'infanzia e l'adolescenza, ANCI Toscana, l'Associazione Tutori volontari di Minori Stranieri Non accompagnati, l'Istituto degli Innocenti, e il primo percorso sperimentale di inserimento in percorsi duali formazione-lavoro per MSNA e giovani neomaggiorenni fuori dalla famiglia d'origine.

19.2.2 DesTEENazione

Il progetto DesTEENazione ha l'obiettivo di creare 60 spazi multifunzionali di esperienza distribuiti sul territorio nazionale. Si rivolge agli adolescenti tra gli 11 e i 18 anni, ai giovani dai 18 ai 21 anni – in linea con il Piano di Azione Nazionale per l'attuazione della Garanzia Infanzia – e ai genitori di preadolescenti e adolescenti. Beneficiari indiretti sono invece gli operatori e le operatrici del territorio, le istituzioni, le scuole e i servizi.

L'elemento innovativo di DesTEENazione risiede nella capacità di riunire in un unico spazio diversi servizi dedicati ai giovani dagli 11 ai 21 anni, offrendo un ambiente integrato e coerente con i bisogni emergenti delle nuove generazioni.

Un'équipe multidisciplinare, composta da professionisti dell'ambito educativo, psicologico e sociale, lavorerà in stretta sinergia con i servizi territoriali esistenti, valorizzando il contributo del terzo settore. L'obiettivo è costruire un modello di intervento basato su una responsabilità condivisa tra generazioni, professionisti e attori istituzionali e sociali, promuovendo un approccio inclusivo e sostenibile.

19.2.2.1 DesTEENazione in Toscana

In Toscana, "DesTEENazione" prende forma attraverso progetti locali attuati dalle Società della salute di Firenze, Società della salute Empolese Valdarno, Comune di Arezzo, Società della salute Pratese, con azioni che si articolano secondo le esigenze specifiche del territorio.

Il progetto della zona Fiorentina si focalizza sulla prevenzione della dispersione scolastica e sullo sviluppo di competenze di vita fondamentali per la fascia 11-18 anni (fino a 21 per alcune iniziative). Le azioni includono centri di aggregazione, interventi di educativa di strada e laboratori socio-educativi.

Il progetto della zona Empolese costituisce un'opportunità per far convergere le diverse iniziative sviluppate nel tempo su adolescenti e giovani in un unico contesto promosso e sostenuto dagli attori pubblici e del privato sociale partecipanti al percorso di coprogrammazione. L'iniziativa si pone in rete con altri servizi territoriali che offrono attività analoghe, per favorire una crescita omogenea e coordinata del territorio.

Il progetto della zona Pratese si propone di rispondere alle esigenze di supporto per gli adolescenti, migliorando i servizi di inclusione sociale e contrastando il disagio giovanile. Il progetto prevede una serie di sinergie per l'integrazione e il sostegno degli adolescenti, coinvolgendo diversi attori del territorio attraverso partenariati e collaborazioni, tra cui i Comuni soci, la Provincia, le scuole, l'Ufficio scolastico territoriale, la Consulta degli studenti, la Consulta del terzo settore e il Comitato di partecipazione. Il progetto si basa su un approccio promozionale che valorizza l'adolescente come protagonista attivo del proprio benessere e crescita, offrendo attività aggregative e socio-educative, educativa di strada, facilitazione per famiglie e comunità, e patti educativi di comunità.

La zona Aretina prevede un polo multifunzionale, con percorsi esperienziali, laboratori creativi e servizi di ascolto, con una particolare attenzione alla valorizzazione dei talenti e all'autodeterminazione dei giovani.

Le attività comuni a tutti i progetti includono la creazione di spazi dedicati e l'offerta di attività socio-educative e di prevenzione della dispersione scolastica. Attraverso il programma, si prevede una riduzione della dispersione scolastica, un miglioramento generale dei risultati educativi, una maggiore inclusione sociale e una diminuzione dell'isolamento giovanile.

La Regione Toscana, oltre a dare il suo contributo in fase valutativa come previsto dal bando nazionale, lavora per mettere in connessione queste progettualità con la rete dei servizi e

progettualità esistenti sui territori, come nel caso del tavolo di coordinamento regionale di *Care Leavers*, che ha visto la partecipazione della tutor regionale del Progetto DesTEENazione all'interno dei tavoli tematici dedicati.

Bibliografia e sitografia

- Delibera di Giunta Regionale n. 1369/2016, Indicazioni metodologiche in materia di interventi di sostegno nell'adozione nazionale ed internazionale, per le fasi dell'attesa, dell'affidamento pre-adoattivo e del post-adozione. Approvazione.
- Istituto degli Innocenti, Gli scenari dell'adozione in Toscana tra adozione nazionale e adozione internazionale: i dati del Tribunale per i minorenni di Firenze al 31 dicembre 2019, Firenze, 2021.
- LabRIEF, UNIPD (a cura di) Il Quaderno di PIPPI, Padova, University Press, 2022.
- Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Linee di indirizzo per l'affidamento familiare, 2012.
- Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Istituto degli Innocenti, Manuale di programmazione e progettazione dei servizi per le nuove generazioni, Firenze, 2022.
- Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Università degli Studi di Padova, LabRIEF, Parole nuove per l'affidamento familiare. Sussidiario per operatori e famiglie. Brienza, Edizioni Le Penseur, 2014.
- Rapporti pubblicati dalla Commissione Adozioni Internazionali (2010-2023): <https://www.commissioneadozioni.it/per-una-famiglia-adottiva/dati-e-statistiche/>
- Regione Toscana (2024), Programma Formazione per operatori affido-adozione 2023–2024: https://www.minoritoscana.it/sites/default/files/programma_formazione_adozione_completo.pdf
- Statistiche Regione Toscana (2022): <https://www.minoritoscana.it/dato-territoriale-statistico/statistiche-sulle-adozioni-nazionali-internazionali-toscana-2022>
- <https://www.minoritoscana.it/pippi>
- https://www.minoritoscana.it/sites/default/files/report-monitoraggio_affido.pdf

20 Co-programmazione e co-progettazione

P. Bellofiore (Regione Toscana)

Nell'ambito della Riforma del Terzo settore, con la quale si definisce un quadro giuridico unico a livello nazionale, gli istituti della amministrazione condivisa (o collaborativa) ex art 55 e ss del d.lgd n. 117/2017 (Cd. Codice del Terzo settore) assumono importanza cardine nel definire il ruolo che gli enti del Terzo settore svolgono come soggetti privati con rilevanza pubblica per le finalità di utilità e di promozione sociale di interesse generale perseguite.

Il principio di sussidiarietà orizzontale (art. 118, comma 4 Cost) valorizza infatti l'iniziativa dei cittadini e delle associazioni private nel perseguimento della tutela dei diritti civili e sociali garantiti dalla costituzione, attribuendo al Terzo settore un ruolo di primo piano nell'interazione con il mondo della pubblica amministrazione.

Al fine di garantire pubblicità e trasparenza agli enti del Terzo settore è chiesta l'iscrizione al RUNTS, Registro unico nazionale del Terzo settore, che oltre ad avere una funzione costitutiva a livello giuridico dell'ente, garantisce ai cittadini e alle pubbliche amministrazioni la certezza di avere a che fare con un soggetto qualificato per svolgere le attività di utilità sociale che gli si richiedono nell'ambito di una delle attività di interesse generale perseguite dal soggetto e che lui stesso dichiara.

Gli enti del Terzo settore iscritti, che rinascono collettivamente come una comunità di soggetti qualificati e valorizzati, ambiscono a costituirsi quali attori di riferimento nell'applicazione dei principali istituti di amministrazione condivisa, di cui all'art 55 del CTS e l.r. n. 65/2020, prima legge regionale in Italia, che individua con i due istituti della co-programmazione e co-progettazione la centralità della collaborazione con le formazioni sociali senza fini di lucro, che perseguono finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale e le pubbliche amministrazioni, sulla base di principi cardine quali sussidiarietà, corresponsabilità e riconoscimento della reciproca autonomia, nel solco di esperienze già consolidate in alcuni specifici ambiti, proponendosi essi stessi come soggetti portatori e promotori di bisogni e soprattutto di soluzioni di cui la pubblica amministrazione può prendere atto e mettere a fattore comune (come ad esempio può accadere nei procedimenti di co-progettazione proposti ad istanza di parte da uno o più ETS).

La l.r. n. 65/2020 fornisce un impianto giuridico di riferimento, e approfondimento, che entra nel merito di alcuni aspetti indicati dall'art 55 del Codice, ma non solo, anticipando aspetti trattati poi dalle Linee guida nazionali (d.m. n. 72/2021) e dalla giurisprudenza costituzionale e amministrativa.

La legge regionale è stato, tuttavia, solo lo step iniziale di un percorso corale e tutt'ora in essere che coinvolge Regione Toscana e i principali attori pubblici e privati interessati alla valorizzazione dei due istituti, nonché alla promozione dei nuovi strumenti contestualmente al mondo degli enti pubblici e del Terzo settore, infatti Regione Toscana si è prodigata nella

promozione di un partenariato permanente tra Amministrazione Regionale, Autonomie Locali e Soggetti rappresentativi degli ETS.

Con la delibera n. 679 del 2022 viene così approvato il Protocollo d'Intesa per la promozione e il sostegno degli istituti di amministrazione collaborativa, attuazione del Codice del Terzo settore e della legge regionale n. 65/2020 tra Regione Toscana, ANCI Toscana, Forum del Terzo settore della Toscana e Cescvot.

La finalità del Protocollo è quella di promuovere la cultura e la pratica dell'amministrazione condivisa tra Enti pubblici e Enti del terzo settore, per realizzare azioni civiche e solidaristiche di interesse generale che costituiscono il concreto stimolo quotidiano sia per la crescita di comunità competenti e attive, che per l'evoluzione delle pubbliche amministrazioni verso pratiche stabilmente partecipative.

Gli obiettivi specifici del Protocollo riguardano tre dimensioni ritenute strategiche per perseguire le finalità generali:

1. promuovere le conoscenze e i fondamenti dell'amministrazione condivisa e della partecipazione competente e sostenere in modo contestuale gli Enti pubblici e gli Enti del terzo settore nella formazione continua sulla normativa, gli istituti, le tecniche e le pratiche dell'amministrazione condivisa;
2. raccogliere e definire i principali interrogativi derivanti dall'applicazione del quadro normativo nazionale, regionale e locale, al fine di individuare linee guida operative proposte alle amministrazioni ed agli ETS quali riferimenti utili a orientare e impostare i loro reciproci rapporti su basi giuridiche solide, nel pieno rispetto della titolarità di ciascun ente e dell'autonomia della propria azione amministrativa;
3. accompagnare i processi di co-programmazione e di co-progettazione di rilievo regionale.

Nell'ambito del Protocollo è stato istituito il Tavolo permanente tra Regione Toscana, ANCI Toscana, Cescvot, Forum del Terzo settore per la realizzazione degli obiettivi fissati e l'attuazione e il coordinamento delle azioni concordate, tese a promuovere in primis la centralità della persona, come insieme di bisogni e diritti, così come la capacità delle nostre comunità di essere più coese e inclusive, di prendersi cura di tutti e di tutte, a partire dalle situazioni di maggiore fragilità.

Il Tavolo regionale costituitosi con il protocollo ha approvato il Piano Operativo sviluppato da ANCI Toscana, Cescvot e Forum del Terzo settore, nel quale le azioni legate a ciascun obiettivo hanno delineato il quadro operativo di intervento.

Le azioni realizzate nel periodo hanno riguardato:

- Promozione dell'amministrazione condivisa: realizzazione di incontri di informazione e sensibilizzazione rivolti agli enti pubblici e agli ETS, aperti alle diverse organizzazioni/associazioni e alla cittadinanza; implementazione del Portale amministrazionecondivisatoscana.it;
- Realizzazione di percorsi di formazione rivolti a Enti pubblici ed ETS, orientati allo sviluppo dei saperi in maniera partecipata per implementare strategie decisionali, innovazione dei servizi e attivazione delle reti comunitarie;

- Monitoraggio normativo e giurisprudenziale e attività di analisi sistematica della normativa in materia di amministrazione condivisa per l'implementazione di un Osservatorio regionale in materia, con l'approfondimento e lo studio di leggi regionali di settore che si connettono alla l.r. n. 65/2020; monitoraggio delle pratiche di amministrazione condivisa nella Regione Toscana.

Per l'azione di monitoraggio, oltre al diretto coinvolgimento dei Soggetti firmatari del Protocollo, il Tavolo regionale ha ritenuto di coinvolgere la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa ed il Centro di Ricerca Maria Eletta Martini la cui mission è proprio quella di realizzare e divulgare ricerche scientifiche sui temi della cultura, della disciplina giuridica e della prassi del Terzo settore, del volontariato e dell'impresa sociale, con particolare attenzione agli aspetti innovativi e di rilevanza sociale.

La collaborazione del Tavolo con la Scuola Superiore Sant'Anna, ANCI Toscana, Forum del Terzo settore toscano, Cescvot e Regione Toscana ha dato origine alla redazione di un volume operativo, il Sussidiario su amministrazione condivisa, che indica con un approccio operativo e pratico le principali evidenze, buone prassi e raccomandazioni, che fungono da orientamenti per gli enti pubblici e ETS che si accingono ad affrontare gli istituti della amministrazione collaborativa. Il sussidiario è stato pubblicato nel 2023 e è uno strumento in corso di aggiornamento.

Nel citato sussidiario, di cui si rimanda alla lettura scaricando il testo in formato digitale sul sito amministrazionecondivisatoscana.it, si affrontano i due istituti con un approccio pragmatico e basato sulle esperienze già attivate sul territorio corroborate dalle interpretazioni giurisprudenziali già attive.

Partendo dalla norma per cui ricordiamo i commi 2, 3 e 4 dell'Art 55 del d.lgs n. 117/2017:

- "2. La co-programmazione è finalizzata all'individuazione, da parte della pubblica amministrazione procedente, dei bisogni da soddisfare, degli interventi a tal fine necessari, delle modalità di realizzazione degli stessi e delle risorse disponibili.
3. La co-progettazione è finalizzata alla definizione ed eventualmente alla realizzazione di specifici progetti di servizio o di intervento finalizzati a soddisfare bisogni definiti, alla luce degli strumenti di programmazione di cui comma 2.
4. Ai fini di cui al comma 3, l'individuazione degli enti del Terzo settore con cui attivare il partenariato avviene anche mediante forme di accreditamento nel rispetto dei principi di trasparenza, imparzialità, partecipazione e parità di trattamento, previa definizione, da parte della pubblica amministrazione procedente, degli obiettivi generali e specifici dell'intervento, della durata e delle caratteristiche essenziali dello stesso nonché dei criteri e delle modalità per l'individuazione degli enti partner."

Entrando nel dettaglio dei due istituti quindi la l.r. n. 65/2020 esplicita, per quanto riguardala co-programmazione, quanto segue che gli elementi cardine di tale procedimento, che si sostanziano in:

- a) acquisizione da parte della PA procedente degli interessi e dei bisogni della comunità, così come rappresentati dagli enti del terzo settore e dalle altre amministrazioni;
- b) elaborazione del quadro dei bisogni e dell'offerta sociale;
- c) definizione degli interventi ritenuti necessari, delle modalità di realizzazione, delle risorse disponibili;
- d) assunzione delle eventuali determinazioni conseguenti nelle materie di propria competenza.

Per co-programmazione si intende, pertanto, la creazione di modalità strutturate di confronto tra pubbliche amministrazioni ed enti del Terzo settore al fine di ottenere processi di programmazione condivisa per la rilevazione integrata dei bisogni che, è opportuno ricordare, vertono su tutte le attività di interesse generale previste dal codice, con quindi a disposizione un vastissimo orizzonte di ambiti nei quali le politiche pubbliche potranno essere costruite dal basso.

Recentemente ANCI Toscana e Regione Toscana hanno promosso alcune esperienze pilota di co-programmazione per zona livornese in collaborazione col Comune di Livorno sul tema “Minori e famiglie”, con la collaborazione della SdS senese sulla tematica “La comunità nelle Case della comunità. Programmare insieme un modello organizzativo condiviso” e con la SdS Valdinievole sulle “Politiche socio-sanitarie”.

Nell'ambito degli appuntamenti organizzati sul territorio, che hanno coinvolto enti pubblici e associazioni, hanno avuto luogo dei veri e propri laboratori programmatici, partendo dall'analisi del contesto, arrivando alla rilevazione dei bisogni, il tutto finalizzato alla individuazione di percorsi di condivisione programmatica che si inseriscano sia fattivamente nei piani di programmazione già previsti e che aiutino, altresì, a favorirne il necessario aggiornamento con modalità più vicine al territorio e, se possibile, innovative.

Per quanto riguarda esempi di co-progettazione, che forse già per sua stessa natura appare istituito di pronto utilizzo, la l.r. n. 65/2020 agli artt. 11, 13 e 14 chiarisce che la co-progettazione è definita come «forma di partenariato» fra i soggetti pubblici individuati dalla legge regionale (Regione e i suoi enti dipendenti, aziende ed enti del servizio sanitario regionale e, nel rispetto della loro autonomia regolamentare, enti locali singoli o associati) che si realizza nell'ambito di attività di interesse generale (di cui all'art. 5 Cts) e nell'esercizio della loro autonomia statutaria e regolamentare, ai sensi dell'articolo 55 Cts, anche ad esito delle attività di co-programmazione. La co-progettazione, in concreto, si realizza attraverso la collaborazione fra enti del terzo settore ed enti pubblici per la definizione e la eventuale realizzazione di specifici progetti, servizi o interventi finalizzati a soddisfare bisogni definiti, nonché di progetti innovativi e sperimentali. Uno degli elementi caratterizzanti è rappresentato dal fatto che gli enti del terzo settore ed i soggetti pubblici che concorrono alla realizzazione del progetto, apportano - nelle modalità che sono definite nell'ambito della co-progettazione medesima - risorse materiali, immateriali ed economiche.

La Regione Toscana, pur lavorando al progetto generale di accompagnare la messa a terra degli istituti della amministrazione condivisa con l'intento di stimolare le potenzialità nel sistema complesso e articolato di relazioni tra pubbliche amministrazioni e Enti del Terzo settore, si è cimentata direttamente in alcune esperienze cimentandosi attraverso le proprie strutture tecniche nella partecipazione ad una serie di percorsi promossi, organizzati e gestiti insieme agli altri enti pubblici e agli ETS del territorio.

Alcuni dei progetti messi a co-progettazione da Regione Toscana tra cui il Programma nazionale Fondo europeo asilo migrazione e integrazione (FAMI) 2021/2027, la co-progettazione negli interventi del “Dopo di noi” e la recente co-progettazione nell'ambito dell'accordo Regione Toscana – Cassa delle ammende con la pubblicazione di un Avviso pubblico per l'individuazione e il coinvolgimento di enti del Terzo settore in forma di Raggruppamento in ATS (Associazione temporanea di scopo) disponibili alla co-progettazione, nei ruoli di partners, di interventi da realizzarsi nell'ambito del Programma triennale “La persona al centro: giustizia di comunità e inclusione sociale” .

Si segnalano, inoltre, altre esperienze pilota di livello regionale realizzate in collaborazione con ANCI Toscana e Cescvot come ad esempio la co-progettazione in tema di disturbo da gioco d'azzardo (DGA) e la rete regionale dei “Punti digitale facile”.

21 I servizi della Stamperia Braille rivolti alla cittadinanza

A. Bacchereti (Regione Toscana)

21.1 L'impegno per le scuole toscane

La Stamperia Braille è una struttura del Settore Investimenti per l'Inclusione e l'Accessibilità, Direzione Sanità, Welfare e Coesione Sociale della Regione Toscana che si trova in via Nicolodi 2 a Firenze. La Stamperia fu inaugurata nel 1926 all'interno degli ambienti dell'allora Istituto Nazionale per i Ciechi Vittorio Emanuele II grazie all'opera di Aurelio Nicolodi, con lo scopo di garantire l'accesso all'istruzione e alla cultura a bambini e adulti non vedenti attraverso la trascrizione in Braille di opere scolastiche, letterarie, musicali, di riviste e di altro materiale dedicato. Dal 1979, dopo lo scioglimento dell'Istituto per ciechi Vittorio Emanuele II al quale era annessa e con l'approvazione delle nuove leggi in materia di diritto allo studio e di integrazione scolastica, la Stamperia Braille e le competenze ad essa legate furono trasferite all'Ente Regione Toscana.

Attualmente la Stamperia Braille della Regione Toscana è l'unica realtà pubblica di questo tipo esistente in Italia e rappresenta un'esperienza al servizio dell'intera cittadinanza che promuove la conoscenza e l'educazione alle tematiche della disabilità visiva. L'elemento che la rende probabilmente ad oggi più riconoscibile è rappresentato dall'impegno profuso nella produzione di testi scolastici in Braille per tutti gli studenti non vedenti delle scuole della Toscana. L'obiettivo primario di questa progettualità consiste nel far in modo che tutte le studentesse e tutti gli studenti delle scuole toscane di ogni ordine e grado (dalla scuola primaria alla scuola secondaria di secondo grado, con una recente sperimentazione riguardante i percorsi universitari) che accedono allo studio e all'utilizzo del braille ricevano all'inizio dell'anno scolastico i testi scolastici previsti dal corpo docente per la classe di cui fanno parte, trascritti e stampati in braille. Il servizio è gratuito per tutte le famiglie. Nel solo 2024 sono stati attivati i contatti per la trascrizione dei testi scolastici in braille con 22 scuole della Toscana, per un totale di 12 alunne/i di scuola primaria, 3 alunne/i di scuola secondaria di primo grado, 7 alunne/i di scuola secondaria di secondo grado; in collaborazione con la UICI (Unione Italiana dei Ciechi e degli Ipovedenti) sezione regionale toscana, sono stati trascritti nell'ambito delle progettualità per lo scolastico 133 testi per un totale di 1050 volumi di dimensione variabile tra le 20 e le 140 pagine ciascuno, sono stati ristampati 32 testi scolastici già disponibili in archivio, sono state create 119 matrici su testi di matematica e fisica per le scuole secondarie di 1° e 2° grado e sono state realizzate 4 raccolte di tavole tattili a corredo dei testi scolastici per studenti di scuole primarie. Il lavoro previsto per l'ambito dello scolastico inizia solitamente nel mese di marzo, periodo in cui vengono contattate dall'ufficio amministrativo della Stamperia Braille le istituzioni scolastiche che avranno bisogno di questo

servizio. La Stamperia consegna i testi all'inizio dell'anno scolastico, ma rimane disponibile per ogni necessità anche dopo questa fase, rappresentando un solido punto di riferimento per le istituzioni scolastiche, per gli studenti e per le famiglie.

Negli ultimi 5 anni la Stamperia Braille ha organizzato insieme all'Assessorato alle Politiche Sociali nel mese di ottobre, dunque nella fase iniziale dell'anno scolastico di riferimento, un *Open Day*, un incontro con genitori e docenti volto a illustrare le caratteristiche del servizio e a fornire alcune importanti indicazioni sull'utilizzo dei testi in braille; questo momento rappresenta ogni anno anche un'importante occasione per riunire strategicamente tutte le realtà coinvolte nell'iniziativa (Regione Toscana, UICI, Istituzioni scolastiche, studentesse e studenti, famiglie), per facilitare la creazione di relazioni umane e professionali all'interno delle quali portare avanti con efficacia gli obiettivi condivisi. Si tratta anche di un'occasione preziosa per permettere ai familiari delle bambine e dei bambini che per la prima volta entrano in contatto con l'ambito del braille di porre domande e quesiti, di confrontarsi con i professionisti che rimarranno disponibili per l'intero anno scolastico e di verificare direttamente i livelli di autonomia e di indipendenza raggiunti dalle studentesse e dagli studenti più grandi, che in questi anni hanno partecipato a queste iniziative con generosità ed entusiasmo.

Un altro importante recente servizio offerto gratuitamente a tutte le scuole toscane consiste nella realizzazione di una visita guidata con veri e propri percorsi didattici: nel 2024 sono state effettuate 5 visite, a marzo 2025 ne sono state realizzate già 4, segnalando un incremento notevole dell'interesse delle Istituzioni scolastiche riguardo a questo tipo di iniziativa. Queste visite vengono concordate con la classe richiedente e prevedono generalmente più momenti, come un breve laboratorio di lettura e scrittura braille, una serie di dimostrazioni dell'uso dei macchinari coinvolti nella realizzazione di testi in braille e di libri tattili, la visita alle aree espositive della Stamperia dove sono conservati macchinari e materiali antichi. La storia che si respira in questi locali racconta i tanti percorsi che hanno portato ai giorni d'oggi e che hanno coinvolto diversi aspetti di una società in perenne cambiamento: il significato sociale attribuito nel tempo ai temi della solidarietà e della vicinanza a persone con bisogni speciali; le molteplici revisioni di tecniche, materiali, strumentazioni, procedure che si sono avvicendate negli anni; le sfide poste da uno sviluppo tecnologico caratterizzato da accelerazioni sempre maggiori; le idee, i progetti, le realizzazioni, le partnership con i soggetti coinvolti negli ambiti del sociale, dell'istruzione, della cultura.

21.2 Gli altri servizi

Negli ultimi anni, nell'ambito delle azioni per la promozione della conoscenza e dell'educazione alle tematiche della disabilità visiva, la Stamperia Braille ha partecipato ad alcune fiere e manifestazioni culturali. Dal 2022 la Stamperia si presenta ogni anno con un suo stand dedicato alla Fiera dell'Editoria "TESTO [Come si diventa un libro]" presso la Stazione Leopolda di Firenze. Nel 2023 si è aggiunta la partecipazione alla Fiera "Didacta" presso la Fortezza da Basso e nel 2024, in collaborazione con la Direzione Beni, Istituzioni, Attività

Culturali e Sport della Regione Toscana, ha valicato i confini regionali per portare la propria esperienza al Salone Internazionale del Libro di Torino. Queste occasioni rappresentano la volontà di potenziare il ruolo della Stamperia nell'ambito della promozione dei fenomeni inclusivi, sostenendo l'accessibilità per tutti, l'autonomia e la partecipazione attiva nello sviluppo sociale, culturale, ed economico e la conservazione e utilizzo del codice Braille. In questi eventi la Stamperia si è distinta per la qualità e la quantità di iniziative rivolte alla cittadinanza, mettendo a disposizione del pubblico materiali di ogni tipo: dai volumi antichi, alcuni risalenti addirittura al 1926, alle ultime produzioni in braille relative alla letteratura più recente; dall'esposizione di matrici e tecniche di stampa di un tempo alla possibilità di stampare direttamente alle manifestazioni parti di testo in braille con apparecchiature di ultima generazione; dai testi con immagini in rilievo disponibili nei cataloghi della Stamperia realizzati nel corso di decenni alle tavole tattili di recentissima produzione realizzate con procedure di vari tipi, classiche e moderne. Oltre all'allestimento e al presidio degli stand, la Stamperia Braille si è impegnata anche per realizzare singoli eventi rivolti a tutti: citando i più recenti, a Didacta 2024 sono stati offerti i seminari "La percezione tattile come strumento di apprendimento e di condivisione di esperienza tra studenti vedenti e non vedenti nei percorsi scolastici" presentato da un gruppo di operatrici della Stamperia e "Strumenti di inclusione nella didattica: dalla selezione dei contenuti didattici all'uso di linguaggi per l'accessibilità dei testi", quest'ultimo accreditato dal comitato scientifico dell'organizzazione. Nel 2025 a "TESTO [Come si diventa un libro]" e alla XXXVII Edizione del Salone Internazionale del Libro di Torino la Stamperia ha portato il Seminario "I rivoluzionari dell'alfabeto, Louis Braille e gli inventori di nuove lingue nell'Ottocento", presentato dallo scrittore Luca Scarlini. I servizi offerti dalla Stamperia Braille della Regione Toscana sono numerosi: oltre a quelli fin qui presentati si ricordano fra tutti la stampa di volumi in braille disponibili su matrici o su supporti elettronici, materiale facente parte di una vasta collezione costituita da più di 4000 volumi, la realizzazione di targhe e didascalie per percorsi museali, la progettazione e realizzazione di mappe tattili, il contributo ad eventi e pubblicazioni inerenti il tema dell'accessibilità, la consulenza rivolta ad enti pubblici, enti del terzo settore e privati sulle tematiche del braille e della disabilità visiva.

22 Osservatorio sociale regionale (OSR)

L. Caterino (Federsanità ANCI Toscana), M. De Luca (Regione Toscana)

L'Osservatorio sociale regionale della Toscana è la struttura di riferimento per l'analisi, il monitoraggio e la comprensione dei fenomeni sociali e socio-sanitari che interessano il territorio regionale, alla cui realizzazione concorrono i Comuni, tramite uno specifico accordo tra la Regione e ANCI Toscana. Le sue attività si articolano in un sistema informativo e conoscitivo integrato, finalizzato a fornire supporto tecnico e scientifico alla programmazione delle politiche pubbliche a livello regionale e zonale. L'OSR elabora rapporti tematici, schede di contesto zonali, banche dati e indicatori aggiornati, mettendo tali strumenti a disposizione degli amministratori pubblici, dei tecnici, dei ricercatori e degli operatori sociali e sociosanitari. L'Osservatorio lavora su aree tematiche centrali per il benessere delle persone e delle comunità: povertà ed esclusione sociale, servizi sociali, abitare, disabilità e non autosufficienza, fenomeno migratorio, violenza di genere, Terzo settore. Di particolare rilievo è il recente sviluppo del Portale www.osservatoriosocialeregionale.it, che consente l'accesso aperto a dati, report e materiali analitici, favorendo la trasparenza e l'utilizzo condiviso delle conoscenze prodotte. L'OSR svolge anche un'intensa attività di ricerca applicata, supportando sperimentazioni e valutazioni di impatto su interventi e programmi territoriali, oltre a promuovere occasioni pubbliche di confronto e disseminazione scientifica attraverso convegni, pubblicazioni e produzioni multimediali.

OSR partecipa attivamente all'elaborazione dell'annuale relazione sociale, con la redazione dell'approfondimento sui temi sociali e sociosanitari in stretto collegamento con diversi Settori della Direzione Sanità e Welfare e in collaborazione con Agenzia Regionale di Sanità, Laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna, Centro di documentazione regionale Infanzia e Adolescenza.

Nel corso del tempo l'OSR è cresciuto in misura rilevante dal punto di vista delle attività svolte, sia con riferimento alla produzione di report tematici e banche dati di supporto alla programmazione zonale e regionale, sia con riferimento a specifiche richieste provenienti dai settori regionali, dalle Società della salute/Zone-distretto e dai Comuni rispetto alla produzione di elementi di conoscenza su ambiti di natura sociale e sociosanitaria.

Oltre le attività svolte in continuità, che attengono in particolare alla produzione dei report di ricerca e alla gestione e messa a sistema delle principali fonti di dati, negli ultimi anni l'OSR ha ampliato la propria operatività sviluppando ulteriori progettualità, di ricerca e/o supporto alla costruzione di politiche, come:

- Sviluppo dell'area tematica "Immigrazione"
- Supporto alla costruzione del quadro conoscitivo del nuovo Piano Sociale e Sanitario Integrato Regionale
- Mappatura delle 28 esperienze zonali toscane del "Dopo di noi", in collaborazione con il Settore Integrazione sociosanitaria

- Supporto allo sviluppo di un'attività sperimentale sul tema Abitare e sulle Agenzie sociali per la casa, in collaborazione con il Settore Politiche abitative e PNRR/PNC
- Supporto alla Comunità di Pratica sul LEPS Supervisione Assistenti sociali e sviluppo di uno strumento di monitoraggio a disposizione delle Società della salute/Zone-distretto
- Attività di valutazione di impatto, a scopo formativo, dei bandi Por FSE sull'inserimento lavorativo di persone con disabilità
- Attività di ricerca sui processi organizzativi recati nei Servizi dal passaggio dal Reddito di Cittadinanza all'Assegno di Inclusione
- Produzione di video di diffusione e comunicazione su prodotti ed eventi realizzati dall'OSR
- Mappatura di buone pratiche regionali e restituzione attraverso il portale OSR – sezione “Approfondimenti”
- Produzione di paper e articoli scientifici e partecipazione a Convegni di settore di carattere regionale e nazionale.

Grazie a un modello di lavoro fondato sulla cooperazione con Comuni, Società della salute, Zone-distretto e altri attori istituzionali e sociali, l'Osservatorio contribuisce attivamente al consolidamento di un sistema regionale fondato sull'evidenza, capace di leggere in profondità le trasformazioni sociali e di orientare politiche più efficaci e inclusive.

ISBN 978-88-946825-2-6



9 788894 682526