



ARS TOSCANA  
agenzia regionale di sanità



Osservatorio  
Sociale Regionale



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

Regione Toscana



Sant'Anna  
Ospedale di Pistoia e Ospedale di Prato



# La programmazione dell'assistenza territoriale in Toscana, tra sociale e sanitario

2023



# **La programmazione dell'assistenza territoriale in Toscana, tra sociale e sanitario**

2023

# INDICE

<b>Introduzione</b>	pag. 3
Leggere i bisogni: prevenzione e proattività dei servizi	8
<b>Prossimità e territorialità: i luoghi della cura</b>	15
Le Centrali operative territoriali - COT	16
Assistenza domiciliare	18
La Casa della comunità	20
La Residenzialità territoriale intermedia - Gli Ospedali di comunità	22
Rete regionale Codice Rosa	24
I Consultori	27
La rete delle cure palliative	30
I servizi socio-sanitari e l'integrazione in materia di salute mentale adulti e infanzia-adolescenza e le dipendenze	32
<b>Rafforzare e qualificare le infrastrutture sociali</b>	33
Il potenziamento dei Servizi sociali	34
Gli interventi per l'infanzia e l'adolescenza	38
Centri servizi: barriere all'accesso e presa in carico integrata	43
Le linee guida per l'integrazione sociale - lavoro	49
Dopo il Reddito di Cittadinanza: l'impatto sulle infrastrutture sociali	54
<b>L'integrazione socio-sanitaria per le aree delle disabilità e della non autosufficienza</b>	58
Gli strumenti per la programmazione integrata per la non autosufficienza e la disabilità: il PNNA 2022-2024 e il PRNA 2022-2024	59
Il modello di presa in carico della persona con disabilità tra obiettivi di rafforzamento e formazione	64
Una revisione necessaria per la l.r. 66/2008	68
L'attuazione delle misure della Missione 5 del PNRR: aggiornamento delle riforme e delle progettualità	70
<b>Il ruolo della comunità nella costruzione delle reti attraverso l'amministrazione condivisa</b>	78
Programmazione delle politiche sociali integrate, coprogrammazione e coprogettazione nell'esperienza della Regione Toscana	79
Il ruolo della comunità nella costruzione delle reti attraverso l'amministrazione condivisa Prospettive regionali e locali	88
Il Registro unico nazionale del Terzo settore	92
La partecipazione civica in sanità tra esperienze e spunti di riflessione	94

## INTRODUZIONE

Nel maggio del 2022 il Ministero della salute ha approvato con il **decreto n. 77/2022** il “**Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale**” che riguarda la definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale volta a definire modelli e standard relativi all’assistenza territoriale, alla base degli interventi previsti dalla Componente 1 della Missione 6 “Rete di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale” del PNRR.

La norma può indubbiamente essere definita come una delle pietre miliari del processo di costruzione e rafforzamento dei modelli di cura e assistenza sanitaria, con particolare riferimento alla parte territoriale, e perciò costituisce anche il completamento della riforma dei servizi sanitari iniziata con il **Regolamento di definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera** di cui al decreto 2 aprile 2015, n. 70. Un regolamento certamente atteso da molti anni, ma che ha ricevuto un impulso decisivo dall’emergenza pandemica e dal **Piano nazionale di ripresa e resilienza** (di cui il decreto rappresenta una delle riforme previste dalla Missione 6). L’area di cambiamento punta a realizzare un nuovo modello di assistenza territoriale di prossimità per portare le risposte ai bisogni di salute il più vicino possibile ai cittadini, attraverso a) il potenziamento dell’assistenza domiciliare, anche grazie all’impiego della telemedicina; b) la realizzazione di nuove strutture e presidi sanitari sul territorio che migliorano l’accessibilità e ampliano la disponibilità di servizi di prossimità ai cittadini; c) la definizione di un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione sul territorio in ambito sanitario, ambientale e climatico, in linea con un approccio integrato (*One Health*) e con una visione olistica (*Planetary Health*).

Per entrare nella parte operativa, alla fine del maggio 2022 sono stati siglati i **Contratti istituzionali di sviluppo** (CIS) tra il Ministero della salute e le Regioni e Province autonome, strumenti di programmazione che individuano gli enti che devono attuare ogni intervento e gli obblighi delle parti. Di seguito, una sintesi degli obiettivi e dei finanziamenti contenuti nel CIS della Toscana riferiti all’applicazione del d.m. 77/2022 per la costruzione/riconversione delle strutture (le spese di personale sono escluse dai finanziamenti PNRR).

**Tabella 1. Obiettivi e risorse del Contratto istituzionale di sviluppo della Regione Toscana - Fonte: Ministero della salute**

Azioni	Risorse PNRR	Co-finanziamento regionale e altre risorse	Totale risorse	Obiettivi regionali Toscana
Case della comunità	104.214.655,81 €	42.734.609,00 €	146.949.264,00 €	Target minimo regionale 70 - target massimo regionale 77 (di cui 38 da edificare e 39 da ristrutturare)
Centrali operative territoriali	12.611.915 €	174.085,00 €	12.786.002 €	Target minimo regionale 37 - target massimo regionale 37
Ospedali di comunità	56.844.357,72 €	11.012.508,28 €	67.856.866,00 €	Target minimo regionale 23 - target massimo regionale 24 (di cui 11 da edificare e 13 da riconvertire)

## LA PROGRAMMAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE SECONDO IL MODELLO TOSCANO

Ogni Regione/Provincia autonoma avrebbe poi dovuto recepire le indicazioni del d.m. 77/2022 attraverso un proprio atto; Regione Toscana, a tal fine, con la **delibera di Giunta regionale n.1508 del 19 dicembre 2022 "La programmazione dell'assistenza territoriale in Toscana in attuazione del decreto del Ministero della salute 23 maggio 2022, n. 77"** ha assunto questo fondamentale atto di programmazione funzionale alla realizzazione del nuovo modello di assistenza territoriale, declinato secondo la "storia" e le peculiarità del modello toscano, rispetto al quale il d.m. 77 pure aveva assunto alcuni dei principali elementi innovativi (Case della Salute, Infermiere di famiglia e comunità, ...). La stessa delibera definisce il modello regionale come [...] «un sistema che adotta come riferimento principale il quadro complesso dei determinanti di salute e dello sviluppo sostenibile e che agisce per rispondere ai bisogni delle persone, delle famiglie e delle comunità attraverso una struttura integrata di tipo sanitario, socio-sanitario e sociale sviluppata su una comune base territoriale. Un impianto sostenuto da un sistema di governance multilivello fondato sulla cooperazione interistituzionale tra Regione, Aziende sanitarie, Zone-distretto, Comuni e loro forme associative e consortili, con il coinvolgimento importante degli enti del terzo settore, anche alla luce delle riforme adottate nel periodo precedente e connesse, tra l'altro, alla sperimentazione dei nuovi istituti della coprogrammazione e della coprogettazione (decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117 e legge regionale 22 luglio 2020, n. 65)».

Molti degli obiettivi e degli scenari di breve, medio e lungo termine della Toscana sui temi di salute sono altresì richiamati all'interno della **risoluzione n. 184 approvata nella seduta del Consiglio regionale del 15 giugno 2022, avente ad oggetto gli "Indirizzi in merito ai principali obiettivi delle politiche per la salute della Toscana a seguito della consultazione pubblica degli Stati generali della Salute"**. Il documento, frutto di un'ampia cam-

pagna di consultazione condotta dalla Terza Commissione consiliare, impegna la Giunta ad una serie di azioni orientate al rafforzamento del modello integrato toscano su diversi piani: prevenzione e promozione della salute; governance; rafforzamento dell'organizzazione della sanità territoriale; digitalizzazione del sistema sanitario; ricerca e innovazione; rafforzamento dei servizi socio-sanitari, disabilità, Non autosufficienza, sistema delle RSA, e ruolo del Terzo settore; organizzazione del Sistema di emergenza-urgenza; personale del Sistema sanitario regionale; politiche e servizi per le aree interne, montane e insulari; gestione delle liste d'attesa; partecipazione; rafforzamento della capacità di resilienza del Sistema sanitario regionale.

Se la riforma dell'assistenza sanitaria territoriale è ispirata ad alcune idee guida forti, come la prossimità della cura e la domiciliarità, l'integrazione socio-sanitaria anche – attraverso porte di accesso unitarie –, favorire l'accesso ai servizi, il rafforzamento del Distretto, è altresì vero che la lettura delle sue previsioni e declinazioni operative non può limitarsi a prendere in considerazione i soli documenti nazionale (d.m. 77) e regionale (d.g.r. 1508) fin qui citati, mentre occorre piuttosto allargare lo sguardo ad altri documenti di programmazione (a partire dai Piani nazionali sulla prevenzione, sulle politiche sociali, sulla non autosufficienza, ...) e alle risorse che possono andare a incrociare sinergicamente gli esiti di questo complesso processo di riforma/costruzione della sanità territoriale, secondo il modello del cd. "Mappafondo".

Non occorre infatti dimenticare che i finanziamenti del PNRR sono destinati alle spese per investimento, in altre parole per la costruzione/riconversione delle nuove strutture previste e per l'acquisto dei beni strumentali. Il personale che dovrà operare in tale strutture resta uno dei temi più complessi e dibattuti, visto che le Regioni attendono finanziamenti adeguati rispetto alle previsioni degli standard di personale previsti dal d.m. 77/2022, pena il rischio di trovarsi hardware senza software.

Il tema organizzativo resta, così, l'altra grande sfida su cui nei prossimi anni dovranno confrontarsi le governance delle Zone-distretto, sia per la necessità di formare le figure professionali della sanità con attenzione alla multidiscipli-

plinarietà e con adeguate *skill* che consentano di lavorare, anche con il supporto del digitale, in modo integrato e sinergico in team multiprofessionali, sia per la necessità di fare quel passo definitivo nella direzione dell'integrazione socio-sanitaria e dei PDTA-s (già richiamati dal Piano sociale e sanitario integrato regionale della Toscana 2018-2020).

Inevitabilmente il tema della salute integra il sociale, nelle sue declinazioni di prevenzione, cura ed *empowerment* delle persone e delle comunità, in termini di diritti e opportunità. Anche in questo ambito lo scenario di possibilità appare quanto mai proficuo grazie al riconoscimento e finanziamento (certamente tardivo rispetto alle previsioni della l. 328/2000) di alcuni LEP di ambito sociale e socio-sanitario e alle risorse previste all'interno della **Missione 5 Componente 2: "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore" del PNRR** rivolte, in particolare, a rafforzare le infrastrutture sociali territoriali sui temi – tra gli altri – dell'abitare, dei minori e famiglie, della disabilità e non autosufficienza, delle persone in condizioni di grave marginalità.

Gli stanziamenti e le prospettive di consolidamento dei sistemi integrati si indirizzano dunque a sostenere il potenziamento dell'offerta dei servizi in uno strutturato e organico meccanismo di prossimità, in cui l'affermazione della centralità della persona con i suoi bisogni complessi permetta la realizzazione di modelli territoriali di servizi basati sulla programmazione integrata tra Ambiti territoriali sociali (ATS) e SSN (facilitata anche dalla perfetta corrispondenza, in Toscana, tra ATS e Zone-distretto), a partire dalle sue forme di coordinamento e governance passando per l'organizzazione delle risorse, fino all'erogazione delle diverse prestazioni in chiave multidimensionale.

La definizione e l'effettiva attuazione dei Livelli essenziali delle prestazioni rappresentano uno dei passaggi nodali attraverso i quali procedere ad una modernizzazione del modello di welfare integrato e multilivello, e la rinnovata centratura sugli ATS (e sulle SDS), quali ambiti organizzativi ottimali per la realizzazione dei servizi, possono garantire la programmazione, il coordinamento e la realizzazione dell'offerta integrata sul territorio, nonché di concorrere alla piena attuazione degli interventi previsti dal PNRR nell'ambito delle politiche per l'inclusione e la coesione sociale. Anche su queste sfide la Toscana ha da sempre mostrato la capacità di sapersi porre sulla "frontiera" dell'innovazione degli interventi: il **Servizio di emergenza urgenza regionale (SEUS)** già da qualche anno, ad esempio, ha avviato un processo progressivo di estensione del servizio di Pronto Intervento sociale destinato a coprire a breve l'intero territorio toscano.

Merita in questa sede un accenno agli interventi di carattere trasversale volti a rafforzare la capacità professionale dei Servizi sociali, che accompagnano le azioni previste dalla riforma della sanità territoriale, e che vanno nella direzione del potenziamento dei servizi e dell'assistenza domiciliare già contemplato dal PNRR, **M5C2 - "Inclusione e coesione"** – Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo settore, con gli interventi del quale tali azioni potranno essere attuate in forma complementare e che prevedono, in Toscana, specifiche norme di attuazione di coprogrammazione e coprogettazione, con una rinnovata capacità di riconoscere e attivare le risorse e rafforzare le singole competenze in seno ad una comunità allargata.

Il modello toscano delle reti territoriali integrate, orientato a dare piena attuazione ai LEA e ai LEP, va quindi costruendosi e rafforzandosi lungo tre dimensioni primarie: quella delle dotazioni (Infrastrutture, personale, ...), quella dei processi (percorsi e filiere assistenziali integrate) e quella organizzativa. Reti che, come efficacemente enunciato dalla delibera 1508/2022, si articolano in quattro livelli, ognuno centrato su differenti dinamiche e interazioni:

- 1° Livello.** Interessa le dinamiche interne e le interazioni tra i diversi presidi di ogni singolo ambito, con particolare riferimento alle Case di comunità, alle COT e ai PUA, da connettere alle funzioni e alle prestazioni equivalenti in campo sociale rappresentate dal segretariato sociale, dal Servizio emergenza-urgenza sociale regionale, dai Punti di accesso ai servizi per l'inclusione socio-lavorativa, ai Centri per le famiglie e alle nuove alle stazioni di posta - Centri servizi;
- 2° Livello.** Interessa le dinamiche e le interazioni tra le diverse strutture organizzative che agiscono nello stesso ambito zonale, siano esse afferenti alle aree della sanità territoriale, del socio-sani-

tario o del socio-assistenziale, con particolare riferimento alla costruzione del sistema complessivo di offerta zonale e ai processi assistenziali integrati;

**3° Livello.** Interessa le dinamiche e le interazioni tra i diversi ambiti zionali ricompresi nella stessa Azienda sanitaria/Area vasta, con particolare riferimento alla continuità territorio-ospedale-territorio e alla costruzione delle filiere assistenziali residenziali e domiciliari, alle reti di protezione e tutela dei minori e di sostegno alla genitorialità, all'offerta di servizi di prevenzione e promozione della salute, ai processi di innovazione sociale connessi all'utilizzo dei fondi di derivazione comunitaria e ai relativi programmi operativi regionali (FSE, FESR, FSC);

**4° Livello.** Interessa il rapporto tra le tre reti territoriali integrate e il rapporto con le reti cliniche di rilievo regionale.

## LA STRUTTURA DEL VOLUME

Nelle sezioni che seguono, senza pretesa di esaustività, si tenterà di dare conto di questo complesso scenario e delle direzioni intraprese in Toscana, se possibile restituendo quel mosaico di interventi e fonti di finanziamento non riducibili al solo PNRR. Un tentativo reso possibile dalla positiva collaborazione tra i Settori afferenti alla Direzione Sanità, welfare e coesione sociale, le Aziende USL, ANCI Toscana, l'Istituto regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza, la Scuola Superiore Sant'Anna.

L'apertura del lavoro introduce alcuni temi-guida della riforma dell'assistenza territoriale recata dal d.m. 77 e, con specifico riferimento alla Toscana, dalla d.g.r. 1508/2022, mettendo in evidenza la necessità del passaggio alla **presa in carico globale della popolazione**, stratificata per profili di rischio, e - attraverso il supporto di big data, banche dati interoperabili e analisi predittive - in grado di rendere i sistemi di servizio sempre più proattivi e in grado di agire sulla prevenzione, oltre che sulla presa in carico e cura.

La sezione successiva è dedicata ai **luoghi della cura**, a partire dalla valorizzazione della domiciliarità e prossimità degli interventi fino alla descrizione delle strutture più innovative su cui, in particolare, si concentrano i finanziamenti del PNRR: Case di comunità e Ospedali di comunità, passando per il ruolo di accompagnamento tra i diversi *setting* di cura assicurato dalle Centrali operative territoriali. Tra le esperienze innovative in ambito sanitario, viene altresì richiamata la Rete regionale Codice Rosa, mentre, sempre con riferimento alla territorialità e prossimità dei servizi, tra

i luoghi della cura richiamati dai documenti nazionali e regionali vengono descritti in questo lavoro anche il ruolo e le più recenti innovazioni relative ai Consultori, ai Servizi per la salute mentale e a quelli per le dipendenze.

La sezione dedicata all'area socio-assistenziale approfondisce alcuni elementi di particolare rilievo che attengono al rafforzamento e alla qualificazione delle infrastrutture sociali, a partire dagli operatori - attraverso le misure volte a garantire Lep di dotazione territoriale di assistenti sociali - passando per le misure rivolte a target specifici, come minori e famiglie, e alla creazione di infrastrutture innovative (Centri servizi). Al contempo un approfondimento è dedicato allo scenario post-reddito di cittadinanza e alle linee guida per l'integrazione sociale-lavoro, con un focus sugli elementi più di processo che rilevano ai fini di percorsi multidisciplinari.

La sezione dedicata all'**integrazione socio-sanitaria negli ambiti della disabilità e della non autosufficienza** presenta anzitutto i principali elementi della programmazione regionale nell'ambito della non autosufficienza (Piano regionale) e l'evoluzione del modello toscano di presa in carico delle persone con disabilità e in condizione di non autosufficienza, ripercorrendo anche le diverse azioni formative e di sistema attivate dalla Regione a rafforzamento del lavoro delle Unità di valutazione multidisciplinare. Questa sezione è conclusa da una nota di aggiornamento sullo stato dell'arte sulle riforme e sulle progettualità della Missione 5 del PNRR.

La sezione conclusiva del presente volume declina poi il **ruolo delle comunità e del**



**Terzo settore** nei processi di riforma e di programmazione delle politiche sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali, richiamando il percorso peculiare della Toscana che, prima in Italia nel 2020, si è dotata di una propria legge a valorizzazione del Terzo settore e degli istituti della coprogrammazione e coprogettazione, assunti quali perni attorno ai quali costruire i processi di amministrazione condivisa, particolarmente rilevanti negli ambiti di riferimento di questa trattazione, senza dimenticare la governance multilivello della partecipazione civica in sanità e i pro-

cessi recati dal nuovo Registro unico nazionale del Terzo settore.

Uno sforzo corale, quindi, che nell'interezza della lettura di questo volume tenta di restituire – invero riuscendovi solo parzialmente – le complessità e gli sforzi delle diverse componenti del sistema-Toscana (Terzo settore, servizi, istituzioni, ...), ognuna delle quali chiamata a contribuire alla costruzione di sistemi di servizio in grado di tutelare sempre con maggiore proattività, efficacia e prossimità la salute e garantire i diritti di cittadinanza all'interno della Toscana diffusa.

## LEGGERE I BISOGNI: PREVENZIONE E PROATTIVITÀ DEI SERVIZI

Silvia Brunori (Regione Toscana), Luca Caterino (Federsanità ANCI Toscana)

L'art. 3 dell'Allegato 1 del d.m. 77/2022 "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale" mette in rilievo la centralità di **attività di stratificazione della popolazione e analisi dei bisogni di salute nel promuovere la proattività dei servizi**. Alla base di questo approccio, e in linea con il modello bio-psico-sociale, vi è un'idea di presa in carico "globale", in cui cioè gli interventi sono programmati e realizzati per l'intera popolazione (Medicina di popolazione) ma orientati secondo i diversi livelli di rischio e tenendo conto tanto delle dimensioni sanitarie che di quelle sociali.

La stratificazione della popolazione per profili di rischio, attraverso algoritmi predittivi, permette infatti di **differenziare le strategie di intervento sulla base del livello di rischio**, di bisogno di salute e consumo di risorse. Dalla stratificazione della popolazione deriva poi il Progetto di salute, strumento di programmazione, gestione e verifica che indentifica gli standard essenziali delle risposte cliniche socioassistenziali, diagnostiche, riabilitative e di prevenzione. Tale progetto, che si attiva all'accesso al SSN:

- traccia, orienta e supporta la persona e i professionisti nelle differenti fasi di transizione tra i diversi setting di cura;
- rende accessibili, anche attraverso la Centrale operativa territoriale (COT) ed i sistemi di *e-health*, i diversi Progetti al momento attivi, siano essi di assistenza individuale integrata (PAI) o di riabilitazione (PRI);
- organizza le informazioni per il Fascicolo sanitario elettronico (FSE 2.0) e permette la riprogrammazione delle attività su base periodica in seguito alle valutazioni di processo ed esito in relazione al progetto individuale di salute erogato. I PAI ed eventuali PRI, così come tutta la documentazione sanitaria acquisita nell'ambito dell'assistenza territoriale del paziente, contribuiscono quindi alla composizione del Progetto di salute di ciascun individuo.

Per quanto riguarda la **Sanità di iniziativa**, il richiamo principale può essere rintracciato nel c.d. *Chronic Care Model*, un approccio per la gestione dei malati cronici che la Regione Toscana ha adottato fin dal 2010 (si veda l'art. 4 co. 3bis l.r. 40/2005, così come modificato dalla l.r. 20/2020). Dalle norme si evince infatti che «il servizio sanitario regionale riconosce e promuove la medicina di iniziativa quale modello assistenziale della sanità moderna finalizzato alla prevenzione e alla diagnosi precoce delle patologie croniche ed alla conseguente attivazione di interventi mirati al cambiamento degli stili di vita e alla presa in carico integrata e multidisciplinare. A tal fine la medicina di iniziativa opera la stratificazione, da parte della Regione, del rischio degli assistiti e assistibili attraverso l'analisi statistica dei dati gestiti nell'ambito dei diversi archivi del sistema informativo sanitario regionale». Alla base del modello basato sulla Sanità di iniziativa vi sono: una **presa in carico proattiva e precoce**, finalizzata all'individuazione delle persone a rischio di malattia già negli stadi iniziali delle patologie; la **programmazione di medio-lungo periodo** delle attività di assistenza, delle prenotazioni delle prestazioni, del sostegno e nel controllo dell'osservanza da parte dei pazienti dei programmi diagnostico-terapeutici; il coinvolgimento delle figure interessate nel processo di assistenza (es. familiari e caregiver) e lo **snellimento delle attività burocratico-autorizzative**. Come corollario vi è infine l'investimento sulla prevenzione e sulla promozione della salute, anche attraverso l'educazione ai corretti stili di vita.

## I contenuti dell'FSE 2.0

L'FSE 2.0, recentemente modificato dal decreto del ministro della Salute del 7 settembre 2023, conterrà i seguenti dati e documenti, riferiti anche alle prestazioni erogate al di fuori del Servizio sanitario nazionale:

- dati identificativi e amministrativi dell'assistito (esenzioni per reddito e patologia, contatti, delegati);
- referti;
- verbali di Pronto soccorso;
- lettere di dimissione;
- profilo sanitario sintetico;
- prescrizioni specialistiche e farmaceutiche;
- cartelle cliniche;
- erogazione farmaci a carico SSN e non a carico SSN;
- vaccinazioni;
- erogazione di prestazioni di assistenza specialistica;
- taccuino personale dell'assistito;
- dati delle tessere per i portatori di impianto;
- lettera di invito per screening.

## Alimentazione dell'FSE

Concorrono alla corretta alimentazione e all'aggiornamento dell'FSE con i dati e i documenti riferiti all'assistito:

- le aziende sanitarie locali, le strutture sanitarie pubbliche del SSN e dei servizi socio-sanitari regionali e i SASN, attraverso le diverse articolazioni organizzative;
- le strutture sanitarie accreditate con il SSN e i servizi socio-sanitari regionali;
- le strutture sanitarie autorizzate;
- gli esercenti le professioni sanitarie, anche convenzionati con il SSN, quando operano in autonomia.

## Consultazione di dati e documenti dell'FSE

Il Fascicolo è uno strumento a disposizione dell'assistito, che può consentirne l'accesso in consultazione ai soggetti del Servizio sanitario nazionale e dei servizi socio-sanitari regionali e agli esercenti le professioni sanitarie che lo prendono in cura, anche al di fuori del SSN.

I dati e i documenti presenti nell'FSE sono sempre consultabili, oltre che dall'assistito, dai soggetti che li hanno prodotti. Tra i target della Missione 6 C2 del PNRR, è prevista – entro dicembre 2025, l'alimentazione dell'FSE anche da parte dei medici di medicina generale.

Sulla base di modelli di Sanità di iniziativa messi in atto dalle Aggregazioni funzionali territoriali (AFT) dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e dalle Unità complesse di cure primarie (UCCP), in collaborazione con gli Infermieri di famiglia o comunità, **i pazienti vengono quindi contattati periodicamente**, al fine di migliorare i loro stili di vita, diagnosticare precocemente le patologie, monitorare la comparsa e l'evoluzione delle malattie croniche, prevenendo così possibili complicanze (come la disabilità o la perdita di indipendenza) e riducendo il carico

assistenziale, per il singolo e il caregiver. Per quanto concerne la prevenzione, infine, le attività dovranno essere in linea con gli indirizzi dettati dallo specifico dipartimento.

In questo quadro, le metodologie di stratificazione della popolazione diventano strumenti fondamentali per definire le strategie e gli interventi più efficaci rispetto ai differenti sottogruppi di popolazione, per ottimizzare il trattamento multidisciplinare e personalizzare l'assistenza, sempre nel rispetto del principio di equità e di centralità del paziente e delle sue scelte, ma anche in ottica di riduzione degli interventi inappropriati e dei costi associati.

Pertanto, l'insieme di questi strumenti di gestione del Paziente (come i Modelli di stratificazione, i Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali, i Piani di assistenza individuali e i Piani riabilitativi individuali) dovrebbero essere utilizzati in un'ottica integrata, finalizzata alla **presa in carico olistica della Persona e dei suoi bisogni socio-assistenziali** attraverso la definizione di uno specifico Progetto di salute (*Planetary Health*).

Ma di salute si tratta anche quando, oltre ai "malati complessi", il sistema dei servizi prende in carico e in cura persone con "bisogni assistenziali complessi".

Il **processo di valutazione multidimensionale del bisogno** si inserisce in un più complesso processo che ha come obiettivo prioritario quello di facilitare l'accesso del cittadino e della sua famiglia alle diverse unità d'offerta sociali e/o socio-sanitarie, anche attraverso l'informazione, l'orientamento e l'accompagnamento della persona in condizioni di fragilità, garantendo risposte appropriate ai bisogni rilevati. Ciò avviene attraverso l'accesso al PUA (in Toscana Punto insieme) che sarà inserito nelle Case di comunità, al quale competono le funzioni di accoglienza e informazione, e di valutazione di primo livello del bisogno, finalizzata ad avviare un percorso di accesso al sistema dei servizi che, a seconda dell'intensità delle situazioni problematiche espresse, semplici o complesse, prevede l'attivazione delle risposte necessarie a soddisfare la richiesta/bisogno.

La prospettiva che inquadra un bisogno come "complesso", che consta quindi di molte

parti interrelate e che influiscono una sull'altra, ammonisce circa l'insufficienza del solo approccio analitico, che affronta le problematiche singolarmente, e invoca piuttosto l'integrazione di questo con un approccio sistemico, che garantisca la continuità (e la globalità) di presa in cura e presa in carico delle persone che presentano **bisogni assistenziali complessi**.

Infatti l'intervento in queste situazioni richiede un elevato impegno di risorse sociali, talvolta sanitarie e assistenziali e l'aspetto organizzativo che le accomuna è l'impossibilità che un unico operatore o ente sia in grado di rispondere con competenza a tutte le esigenze che devono essere appunto valutate nella loro specificità con un approccio personalizzato, integrato e multiprofessionale.

Le azioni integrate dell'équipe, che necessariamente varia al variare della persona e del bisogno, richiedono un approccio globale ed una centratura sulla persona, che tenga conto delle diverse dimensioni della sua vita e, e delle risorse di cui è portatrice, all'interno delle sue **reti familiari/sociali e nella comunità** di appartenenza.

Infine la pluralità e la multidimensionalità dei bisogni e i rinnovati assetti organizzativi richiedono una definizione puntuale delle caratteristiche del servizio, anche rispetto alla sua connessione con lo spazio operativo rappresentato dal sistema ospedale/territorio. La logica da perseguire è quella di raccogliere le opportunità e le risposte locali in urgenza già sviluppate a livello territoriale, come la rete regionale Codice rosa e il Servizio di emergenza-urgenza sociale (SEUS) e i Servizi antitrattra, per giungere ad un modello di care innovativo che ricomponga i vari sistemi e le varie esperienze di LEPS Pronto intervento sociale da innestare e completare nella dimensione territoriale, valorizzandone al contempo la logica preventiva, attraverso la **costruzione e lettura partecipata delle mappe di vulnerabilità sociale dei territori**, collegata alla raccolta e tracciabilità dei dati e dei bisogni sociali e la rilettura e l'innovazione nelle metodologie e prassi professionali, in relazione alle trasformazioni dei contesti e delle organizzazioni.

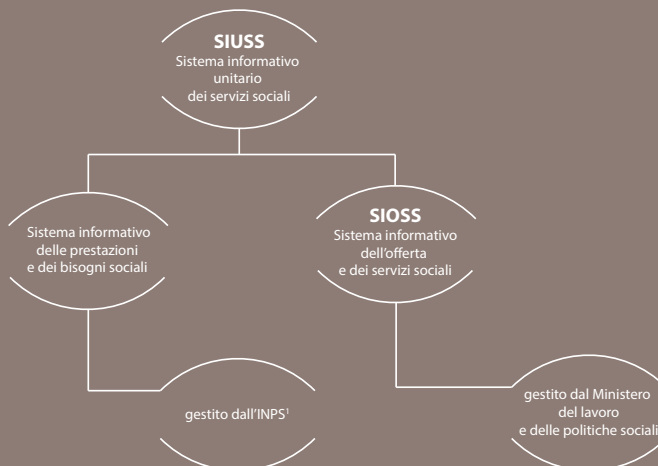
## Il Sistema informativo sociale

La realizzazione di un Sistema informativo dei Servizi sociali era prevista già dalla legge n. 328/2000 (legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e Servizi sociali), quale elemento significativo del sistema integrato dei servizi che, mediante la raccolta dei dati sui bisogni e sulle risorse disponibili sul territorio, consente l'analisi dell'offerta assistenziale, la promozione di interventi mirati sui fenomeni sociali più rilevanti nonché l'attivazione di iniziative di formazione ed aggiornamento degli operatori e, più in generale, la partecipazione degli Enti locali, delle Aziende sanitarie, dei diversi stakeholder e degli stessi cittadini alla pianificazione e gestione degli interventi sul territorio.

Tema contenuto e rilanciato nella recente normativa nazionale di settore fino all'esplicitazione nella legislazione toscana con la d.g.r. 1508/2022 la graduale costruzione di un "Atlante degli ambiti territoriali" capace di convergere e sedimentare le informazioni tematiche sulla salute, la stratificazione dei bisogni e la dotazione ed il ricorso ai servizi.

"Conoscere per programmare", uno slogan spesso usato ed abusato – motivo di esistenza dell'Osservatorio sociale regionale che nell'ambito di uno specifico accordo con ANCI Toscana realizza analisi, ricerche e supporto tecnico agli ambiti territoriali – rappresenta per il Sistema sociale un'esigenza imprescindibile connaturata alla complessità della domanda sociale che esprime ed alle risposte che le Istituzioni, ciascuna nel proprio ambito di competenza, sono tenute a fornire.

Il decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147 recante "Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà", nell'istituire, all'articolo 24, il Sistema informativo unitario dei Servizi sociali (SIUSS), ha previsto un'articolazione in due componenti: il Sistema informativo delle prestazioni e dei bisogni sociali, che integra e sostituisce il Casellario dell'assistenza ed è gestito dall'INPS, e il Sistema informativo dell'offerta dei Servizi sociali (SIOSS), di nuova istituzione, i cui dati sono raccolti, conservati e gestiti dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali e sono trasmessi dagli Ambiti territoriali, anche per il tramite delle Regioni e delle Province autonome.



Il SIUSS, nelle sue componenti, è strutturato per il conseguimento di precise finalità:

- assicurare una compiuta conoscenza dei bisogni sociali e delle prestazioni erogate dal sistema integrato degli interventi e dei Servizi sociali e di tutte le informazioni necessarie alla programmazione, gestione, monitoraggio e valutazione delle politiche sociali;
- monitorare il rispetto dei livelli essenziali delle prestazioni rafforzare i controlli sulle prestazioni indebitamente percepite;
- disporre di una base unitaria di dati funzionale alla programmazione e alla progettazione integrata degli interventi mediante l'integrazione con i sistemi informativi sanitari, del lavoro e delle altre aree di intervento che risultano rilevanti per le politiche sociali, oltre che con i sistemi informativi di gestione delle prestazioni che già rientrano nelle disponibilità dei comuni;
- elaborare dati a fini statistici, di ricerca e di studio.

All'interno del SIUSS, il nuovo Sistema informativo dell'offerta e dei servizi sociali (SIOSS), è costituito da due distinte banche dati: la banca dati dei servizi attivati e la banca dati delle professioni e degli operatori sociali.

Lo sviluppo delle attività di rilevazione, contribuirà a migliorare la conoscenza del sistema socio-assistenziale regionale consentendo di mettere in correlazione, i dati di offerta con quelli di domanda: ciò consentirà in un prossimo futuro di valutare in che misura le risposte assistenziali e di promozione attivate saranno adeguate alle esigenze delle cittadine e dei cittadini e delle comunità e di verificare l'efficacia e l'efficienza delle risorse impiegate, soprattutto in relazione all'impatto sul contesto e sui soggetti destinatari.

## L'INTEGRAZIONE DEI DATI PRE-REQUISITO PER L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Nel cronoprogramma il PNRR prevede che, entro giugno 2026, debba essere messa a sistema l'infrastruttura tecnologica e applicativa del Ministero della salute. Ciò rappresenta il presupposto organizzativo per l'ampliamento e l'integrazione dei diversi flussi informativi disponibili e l'adozione di strumenti di analisi avanzata dei dati, anche attraverso lo sviluppo di modelli predittivi. Una piattaforma, tuttavia, che probabilmente vedrà uno sbilanciamento verso le informazioni sanitarie e che per questo non esaurirà le necessità informative di chi deve programmare la gestione di bisogni complessi di natura socio-sanitaria.

In questo contesto, anche al fine di accelerare la transizione verso la stratificazione dei bisogni e la gestione proattiva degli interventi, la delibera 1508/2022 ha richiamato l'importanza dell'**Atlante degli ambiti territoriali**: "uno strumento in cui far sedimentare le informazioni tematiche sulla salute, la stratificazione dei bisogni e le informazioni territoriali sulla dotazione e sul ricorso ai servizi. Un atlante sviluppato in forma elettronica, con rappresentazioni cartografiche dell'intero territorio regionale articolate sui livelli zonali, con lo scopo di far sedimentare molto del patrimonio conoscitivo ora disseminato nelle banche dati delle singole organizzazioni e fornirne una immediata rappresentazione su base territoriale. Un sistema unitario di rappresentazione territoriale di singole informazioni ora separate, che è in grado di elevarne il contenuto conoscitivo attraverso l'incrocio sistematico, e di potenziarne sensibilmente la portata comunicativa attraverso la loro ricostruzione e rappresentazione per Zona-distretto o insieme di Zona-distretto. Gradualmente, in luogo di molti dati slegati, si andranno a sedimentare delle

informazioni dense, dotate di un alto contenuto conoscitivo e facilmente comunicabili attraverso la visione territoriale”.

Non si tratta tuttavia di una strategia nuova. Già da tempo la Regione si è infatti dotata di una serie di strumenti conoscitivi e di lettura del **quadro epidemiologico di riferimento**, definiti in maniera omogenea per tutte le Zone-distretto. Tali strumenti vengono elaborati attraverso la collaborazione tra strutture regionali di ambito ed Enti di ricerca, come l'Osservatorio sociale regionale, l'Agenzia regionale di sanità, il Centro regionale di documentazione infanzia e adolescenza e il Laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna.

Molte di queste informazioni concorrono inoltre ad alimentare il **set di indicatori riferito al quadro di conoscenza regionale** rappresentato dal presente lavoro e, soprattutto, costituiscono il quadro omogeneo di riferimento per la definizione dei Profili di salute, lo strumento con il quale le differenti Zone-distretto, attraverso processi comunitari e partecipativi, realizzano la programmazione socio-sanitaria, socio-assistenziale e della sanità territoriale locale attraverso i Piani integrati di salute (PIS) e la Programmazione operativa annuale (POA).

Come evidenziato, già nella d.g.r. 925/2020 veniva richiamata l'importanza della **capacità di misurare il bisogno come elemento rilevante per la definizione dei Profili di salute e quindi per la programmazione**. Dati validati, provenienti da flussi consolidati e disponibili – per tutti i territori - su un arco temporale medio lungo rappresentano infatti una fonte informativa indispensabile per la lettura dei bisogni. Gli obiettivi di tale set di indicatori sono principalmente tre:

- fornire una serie di dati ed informazioni comuni tra i diversi territori attraverso alcuni indicatori selezionati in benchmarking;
- facilitare la lettura del dato a favore di una più concreta e contestualizzata programmazione e valutazione dei servizi e percorsi;
- valorizzare le informazioni raccolte da diversi settori e istituti in maniera sistematica con ritorno ai territori.

Il Profilo di salute risulta così composto da **due set di indicatori**:

- a) lo Stato di salute, che raggruppa indicatori per il monitoraggio della salute della popolazione;
- b) il Ricorso ai servizi, che raggruppa indicatori per il monitoraggio e valutazione dei percorsi assistenziali e servizi territoriali.

**Entrambi questi set sono a loro volta strutturati in macro-dimensioni di analisi**, che raggruppano indicatori coerenti rispetto ai cd. determinanti sociali di salute. La salute viene infatti determinata da un insieme complesso di fattori: comportamenti personali e stili di vita; fattori sociali, che possono rivelarsi un vantaggio o uno svantaggio; condizioni di vita e di lavoro; accesso e qualità dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali; condizioni generali socio-economiche, culturali e ambientali; fattori genetici.

La selezione del set di indicatori utilizzati è stata determinata con un processo di condivisione e validazione sia tra gli Istituti preposti al calcolo sia direttamente con i territori. Ad oggi sono utilizzati **circa 50 indicatori, raggruppati nelle seguenti aree**:

- Demografia;
- Determinanti di salute;
- Famiglie e minori;
- Stranieri;
- Stato di salute generale;
- Cronicità;
- Disabilità e non autosufficienza;
- Salute mentale;
- Materno-infantile;
- Prevenzione.

Possiamo quindi affermare che l'Atlante degli ambiti territoriali, come delineato dalla delibera regionale, potrà contare su una solida, strutturata e storicizzata base informativa territoriale, oltretutto su dimensioni e indicatori utili per la programmazione dei bisogni sociali e sanitari. A partire da questa base occorre però rilanciare ulteriormente, sia rispetto alla disponibilità sia per quanto concerne la fruibilità dei dati, integrando le informazioni attualmente disponibili con altre dimensioni, come l'ambiente, il lavoro, le caratteristiche dei luoghi dell'abitare. L'idea di un approccio olistico alla salute ha quindi come presupposto la presenza di una **"cartella integrata" non solo tra sanitario, sociale e socio-sanitario ma anche con tutte le informazioni relative alle condizioni socio-economiche.**

Un patrimonio informativo fondamentale anche per passare dal livello micro (che riguarda la presa in carico e la gestione dei singoli interventi), al livello meso (di carattere zonale, dove si esprime la programmazione) e macro (coinvolgendo così le AUSL e la Regione). Su questo aspetto si sofferma anche la **risoluzione 184 del 15 giugno 2022 del Consiglio regionale della Toscana "Indirizzi in merito ai principali obiettivi delle politiche per la salute della Toscana a seguito della consultazione pubblica degli Stati generali della Salute"**, nel perseguimento degli obiettivi di [...] razionalizzare le risorse assorbite dall'intero sistema, omogeneizzare gli strumenti a supporto del processo di cura, aumentare la capacità di governance, semplificare ancora di più la creazione di nuovi servizi finalizzati a migliorare la salute dei cittadini toscani. Tale sistema dovrà consentire un effettivo dialogo tra i sistemi operativi informatici sanitari con quelli dei servizi socio-sanitari (e) [...] implementare la Cartella clinica elettronica unica integrata che permetta l'utilizzo e l'accesso bidirezionale delle strutture sanitarie, dei professionisti sanitari, dei medici specialisti e dei

medici di famiglia nella gestione dei pazienti nei diversi setting assistenziali.

**La delibera 1508/2022 ribadisce ulteriormente il valore dei supporti informativi integrati:** "È necessario proseguire e accelerare il consolidamento del sistema con un appropriato sistema informativo territoriale, che garantisca l'interoperabilità e il necessario e sicuro passaggio delle informazioni, che sappia rappresentare la complessità del fenomeno e che sia un valido ausilio per gli operatori in fase di valutazione e gestione delle progettualità.

Nello specifico, è già stato realizzato un primo step per la realizzazione di un nuovo sistema informativo dei servizi territoriali (sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale), che è consistito nell'accorpamento degli applicativi in uso nelle Aziende USL della nostra regione per la gestione del territorio, consentendo la razionalizzazione dell'infrastruttura, l'omogeneizzazione dei processi, il soddisfacimento dei debiti formativi e, in prospettiva, l'integrazione socio-assistenziale con i Comuni. Si tratterà dunque di proseguire nell'aggiornamento tecnologico dei vari moduli presenti e implementare nuove funzionalità che accompagnino l'evoluzione del sistema".

In questo contesto, la **rappresentazione georeferenziata delle informazioni;** la possibilità di **"sovrapporre" gli indicatori,** per individuare correlazioni e processi di dipendenza tra le variabili anche di ambiti diversi; la **lettura diacronica dei fenomeni,** in grado di fornire strumenti anche predittivi degli stessi; dovrebbero diventare gli strumenti verso cui tendere per "passare dall'attesa alla proattività". La **disponibilità di questo patrimonio conoscitivo in un "luogo" unico** rappresenta infine l'altro prerequisito di sistema per riuscire finalmente ad ampliare la nostra osservazione dei fenomeni e delle traiettorie di vita a 360 gradi.



# **Prossimità e territorialità: i luoghi della cura**

## LE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI - COT

Anna Beltrano, Marco Tagliaferri (Regione Toscana)

Il d.m. 77/2022 stabilisce come obiettivo primario della **Centrale operativa territoriale (COT)** quello di **assicurare continuità, accessibilità e integrazione dei 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 COT che si stanno costituendo sul nostro territorio.

**La COT è primariamente luogo di gestione dei processi di transitional care**, da agire tramite il raccordo continuo, strutturato e registrabile tra i servizi e gli operatori del sistema, semplificando i percorsi della persona che necessita di risposte complesse e/o diversificate ai propri bisogni.

Risulta pertanto essenziale **la conoscenza e la messa in rete di tutte le risorse del sistema territoriale** che siano disponibili e attivabili, e della loro organizzazione locale, condizioni indispensabili al fine di rendere efficace un modello basato su processi integrati.

La COT garantisce le azioni di governo dell'interfaccia ospedale-territorio e opera in raccordo con la rete ospedaliera, le Case di comunità e con tutte le articolazioni dei servizi sanitari e sociali presenti a livello di Zona-distretto/SDS.

La **delibera n. 1508/2022** definisce la COT come «struttura deputata al coordinamento della presa in carico unitaria socio-sanitaria della persona e all'organizzazione del raccordo tra servizi e professionisti che operano nei vari *setting* assistenziali territoriali, anche tramite l'attivazione delle risorse necessarie ed disponibili sul territorio in risposta ai bisogni espressi dai cittadini»; ne definisce le funzioni

stabilendo anche i rispettivi ruoli delle Aziende USL e delle Zone-distretto/SDS.

Nello specifico, è prevista l'istituzione della COT articolata 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 12h 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 e su 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 (ad esempio percorsi riabilitativi residenziali, SUAP-USV e altro). 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.

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

Di fondamentale importanza che le COT, sia zonali che aziendale, possano usufruire di un sistema informativo condiviso e interconnesso con la C.O. 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. La COT deve essere dotata di una piattaforma che renda visibili le disponibilità, consenta di effettuare l'accettazione del paziente e di facilitare i processi di *handover* dei percorsi di ammissione e di dimissione verso strutture intermedie o il domicilio. Traccia e monitora le transizioni della persona da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro e sviluppa in maniera strutturata la presa in carico dei pazienti cronici a domicilio tramite il telemonitoraggio e la televisita. Collega inoltre la rete dei professionisti dell'assistenza territoriale (MMG, IFeC, ADI, Servizi sociali...), consentendo a questi ultimi di poter ricevere le segnalazioni in tempo reale, corredate da tutte le informazioni necessarie alla gestione dei singoli casi e alla individuazione dei *setting* assistenziali appropriati ai fini della prosecuzione dell'intervento. A livello regionale è iniziato un lavoro di ricognizione in merito allo stato di attivazione, nelle varie Aziende USL e nelle Zone-distretto/SDS, delle COT, anche con la finalità di governare il processo di transizione che le stesse devono gestire per assorbire, integrandole e ampliandole, le funzioni e le competenze delle Agenzie

di continuità ospedale-territorio, già strutturate nella nostra Regione a livello aziendale e di Zona-distretto/SDS fin dal 2016, e per mettere a punto un sistema informativo efficace e quanto più possibile omogeneo.

La Giunta regionale ha avviato un **processo di analisi**, condivisa con i servizi aziendali, delle varie peculiarità territoriali e delle criticità emerse nella fase di prima strutturazione delle COT, al fine di effettuare una mappatura delle risorse esistenti e di raccogliere gli elementi necessari ad elaborare e definire nuovi indirizzi di programmazione e sviluppo dedicati, che saranno emanati nel prossimo anno 2024.

Sono infine state **assegnate ad ESTAR le risorse economiche previste** dalla Missione 6 del PNRR (finanziamento M6.C1-1.2.2 Casa come primo luogo di cura. Centrali operative territoriali - Device) per la acquisizione di varie tipologie di device necessari anche per un adeguato funzionamento delle COT. L'obiettivo è quello di rendere maggiormente efficace l'intervento dei professionisti sanitari e socio-sanitari e di agire sul potenziamento tecnologico delle strutture e dei presidi territoriali.

## ASSISTENZA DOMICILIARE

Anna Beltrano, Marco Tagliaferri (Regione Toscana)

Il sistema socio-sanitario territoriale toscano ha individuato, già da vari anni, nei percorsi di presa in carico domiciliare uno dei punti di forza dell'offerta di cura e di assistenza alla persona garantite dai servizi territoriali. Assicurare adeguati livelli di assistenza domiciliare significa **dare risposte ai bisogni di salute delle persone fragili**, quindi prevalentemente agli anziani, ai non autosufficienti, ai minori che necessitano di cure e/o assistenza, per un periodo temporaneo o protratto nel tempo, al fine di gestire una situazione di cronicità o prevenire la disabilità e quindi per migliorare la propria qualità di vita. Per queste persone **la casa diventa a tutti gli effetti uno spazio di cura**, con accessi di personale medico, infermieristico e della riabilitazione, di personale di assistenza e dei Servizi sociali.

Il d.p.c.m. 12 gennaio 2017, che stabilisce i **Livelli essenziali di assistenza**, individua varie tipologie di assistenza domiciliare, che si differenziano in base ai bisogni del paziente e in base all'intensità, complessità e durata dell'intervento; sono previste cure domiciliari di livello base, che consistono nella erogazione di prestazioni professionali, mediche, infermieristiche, riabilitative, e cure domiciliari integrate (ADI), caratterizzate da un insieme di interventi multidisciplinari a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che determinano una complessità clinica e/o assistenziale stratificata su tre differenti livelli, caratterizzati da diversi coefficienti di intensità assistenziale (CIA), che qualificano l'organizzazione della presa in carico e quindi l'attivazione degli specifici interventi. Sono inoltre garantite, nell'ambito della Rete di cure palliative, le cure palliative domiciliari, sia di livello base che di livello specialistico.

Il bisogno clinico, funzionale e sociale della persona è accertato tramite **valutazione multidimensionale**, cui segue la definizione del Progetto di assistenza individuale (PAI) socio-sanitario integrato, o Progetto di vita.

La delibera di Giunta regionale n.1508/2022 definisce la struttura organizzativa e le linee di sviluppo dell'assistenza domiciliare a livello regionale; sono poi stati adottati specifici atti per normare il contesto operativo: il decreto n. 11222/2022, con il quale sono state recepite le "linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare" e la delibera di Giunta n.732/2023, di approvazione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e per l'accreditamento delle cure domiciliari. Anche il **PNRR**, tra gli ambiti strategici e strutturali di intervento della **Missione 6 – Salute**, individua nell'Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina, una azione dedicata al potenziamento dell'Assistenza domiciliare, che si qualifica quindi come uno dei principali ambiti di intervento da sviluppare per rafforzare l'efficacia dei servizi territoriali, destinando specifiche risorse per le cure domiciliari. Uno degli obiettivi che il PNRR assegna alle Regioni è quello di **incrementare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare** fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni (in linea con le migliori prassi europee), e tale intervento si rivolge in particolare alle persone over 65 con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti.

Le risorse nazionali afferenti al PNRR sono state ripartite tra le Regioni secondo due criteri: il primo fa riferimento alla numerosità della popolazione da assistere e il secondo tiene conto del gap tra il valore relativo alle prese in carico registrate nel 2021 e il target atteso del 10%; essendo la nostra regione già performante, questo secondo criterio ha penalizzato molto la Toscana: le risorse PNRR complessivamente a livello nazionale ammontano a 2,7 miliardi, per la Toscana solo 52 milioni (1,9% a fronte di una popolazione over 65 che rappresenta il 7% degli anziani italiani).

Nonostante gli ottimi indici di performance raggiunti dalla nostra Regione rispetto al contesto nazionale, risultanti dal monitoraggio riferito all'anno 2022 effettuato da Agenas sui dati derivanti dallo specifico flusso informativo, è stato adottato nel maggio 2023, con decreto n. 9442, un **Piano operativo regionale (POR) di potenziamento dell'assistenza domiciliare**, per finalizzare le risorse destinate dal PNRR e per dare indicazioni alle Aziende USL in merito ai principali interventi da attivare a livello locale.

Le azioni individuate nel POR come prioritarie per l'utilizzo delle risorse sono:

- il potenziamento delle cure palliative domiciliari, per consentire al maggior numero possibile di persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie, oppure le medesime sono inefficaci, di essere assistite a casa;
- l'incremento delle prestazioni di riabilitazione erogate a casa del paziente;
- il miglioramento qualitativo e quantitativo degli interventi rivolti ai cittadini over 75, sollecitando i servizi territoriali, aziendali e zonal, a porre particolare attenzione a questa fascia di popolazione, garantendo la presa in carico di persone con bisogni più complessi, generalmente con comorbidità, aumentando, nel rispetto dell'appropriatezza degli interventi, la presa in carico di pazienti che necessitano di cure domiciliari integrate di II e III livello;
- l'incremento dell'assistenza a pazienti disabili e affetti da demenza;
- lo sviluppo di specifici progetti per potenziare, anche attraverso l'assistenza al proprio domicilio, le cure a pazienti con disturbi psichici o affetti da dipendenze patologiche;
- l'attivazione di percorsi di formazione continua per i MMG e PLS.

Gli obiettivi di miglioramento possono essere realizzati solo attraverso un coinvolgimento continuo di tutti gli operatori coinvolti e in particolare tramite un costante raccordo con la medicina generale.

## LA CASA DELLA COMUNITÀ

Anna Beltrano, Elisa Scopetani (Regione Toscana)

La sesta 'missione' del **Piano nazionale di ripresa e resilienza** (PNRR), che 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 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 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. 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. 599/2022 Regione Toscana ha definito le CdC oggetto di investimento PNRR; successivamente le Aziende USL hanno avviato un processo di analisi - tuttora in corso di svolgimento - in relazione alla riorganizzazione, anche attraverso altre fonti di finanziamento, delle strutture esistenti al fine di definire l'assetto delle CdC hub e spoke sui propri territori.

Con la d.g.r. 1508/2022 Regione Toscana ha recepito e attuato le indicazioni del d.m. 77/2022, espandendo la dimensione dell'**integrazione socio-sanitaria quale tratto distintivo del modello territoriale toscano**.

Tale dimensione si esplica in particolar modo nell'ambito degli indirizzi che la d.g.r. 1508/2022 detta in tema di Case della comunità, laddove si precisa che la Toscana nell'ambito delle proprie CdC prevede tra l'altro di:

- sostenere l'accesso agli interventi sociali, socio-sanitari e socio-educativi;
- attivare interventi di protezione per le famiglie e le persone in condizioni di disagio, di discriminazione o di esclusione sociale;
- promuovere l'integrazione dei diversi attori locali e la responsabilizzazione delle reti territoriali nella promozione del benessere;
- favorire e sostenere politiche e interventi che riducono il grado di esposizione della popolazione al rischio di esclusione, di emarginazione o di disagio sociale;

- far fronte alle urgenze ed esigenze prestando particolare 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 e attivando i servizi istituzionali e la rete locale o di altri territori interessati.

Gli indirizzi della d.g.r. 1508/2022 si pongono in **continuità con l'esperienza ormai più che decennale delle Case della salute**. In Regione Toscana esiste infatti già da tempo una rete diffusa di Case della salute. L'obiettivo è quello di valorizzare l'esperienza fatta, sviluppando quanto già realizzato in termini di concentrazione di servizi nella direzione dell'integrazione tra tutti i protagonisti e della condivisione di azioni e interventi sanitari e di integrazione sociale per la presa in carico globale della persona.

Secondo la ricognizione effettuata annualmente dall'Agenzia regionale di sanità, al primo gennaio 2023, in Toscana, risultano attive 75 Case della salute<sup>1</sup>. Dopo una flessione durante la pandemia, dunque, il numero di CdS è tornato a crescere. Alla stessa data risultano 470 MMG a ciclo di fiducia con ambulatorio in CdS, pari al 20,4% del totale (dal 15,9% nella AUSL Centro al 31% nella AUSL Sud-est). A maggio 2023, in Toscana risultano 72 Case della comunità candidate a divenire Hub, di cui 49 previste con finanziamento PNRR, 5 con cofinanziamento (fondi PNRR e altro finanziamento) e 18 da altro finanziamento.

I prossimi passi prevedono la definizione di piani aziendali di sviluppo della rete delle CdC (hub e spoke) e la progressiva validazione delle strutture previste come CdC attive in base agli standard del d.m. 77/2022.

<sup>1</sup> Si considerano qui soltanto CdS con ambulatori di MMG attivi. Per completezza, riportiamo che al 1.1.2023 risultano attive anche tre CdS senza ambulatori di MMG attivi, una nella AUSL Centro (Agliaiana), una nella AUSL Nord-ovest (Lucca) ed una nella AUSL Sud-est (Colline Metallifere).

## LA RESIDENZIALITÀ TERRITORIALE INTERMEDIA - GLI OSPEDALI DI COMUNITÀ

Anna Beltrano, Marco Tagliaferri (Regione Toscana)

La programmazione sanitaria regionale ha previsto l'attivazione, all'interno della rete assistenziale territoriale, di **setting di residenzialità intermedia**, finalizzati sia a supportare la dimissione ospedaliera di persone prevalentemente anziane o fragili, con patologie croniche o con disabilità, sia a evitare, per le medesime tipologie di persone, ricoveri impropri all'interno di reparti ospedalieri, quando la presa in carico comporta la attivazione di risposte con un basso livello di complessità clinica sanitaria e con una marcata complessità assistenziale.

I *setting* di residenzialità intermedia, perseguendo la logica della continuità assistenziale, sono articolati su moduli diversificati di ricovero e di assistenza al fine di assicurare un'offerta territoriale differenziata e idonea ad ospitare pazienti con diverse caratteristiche di bisogno, sia clinico che assistenziale, garantendo appropriatezza e tempestività agli interventi.

Per ciascun *setting* di cure intermedie residenziali sono state definite le caratteristiche funzionali e organizzative richieste, che potranno comunque essere rimodulate a seguito di successivi monitoraggi e valutazioni relativi alle necessità che si manifestano nei territori.

In tutti i *setting*, dal punto di vista operativo, deve essere assicurato il raccordo dei Servizi coinvolti e deve essere promossa l'interdisciplinarietà degli interventi, sviluppando e mantenendo un rapporto organico e funzionale tra i servizi territoriali, i professionisti che operano all'interno della struttura e i medici di medicina generale.

In questo contesto si inserisce l'organizzazione e l'attivazione dell'**Ospedale di comunità** (ODC), struttura residenziale di degenza post acuta a valenza territoriale zonale che riveste un ruolo complementare, di continuità e di integrazione sia rispetto al percorso di degenza ospedaliera in reparto per acuti, sia rispetto ai percorsi di presa in carico in assistenza domiciliare.

L'accesso in ODC può avvenire infatti sia dall'ospedale che dal territorio e, per quanto attiene la eleggibilità, 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, comunque non meritevoli 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.

Deve comunque essere garantito, alla persona ricoverata in ODC, un piano integrato e individualizzato di cura concordato attivamente tra i professionisti sanitari e sociali, il paziente ed eventuali care givers.

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.

La dotazione di posti letto per struttura ha standard di riferimento definiti dalla programmazione regionale, di norma moduli assistenziali di 15-20 posti letto, ma può essere declinata a livello aziendale e zonale per far fronte a specifiche esigenze emergenti a livello locale. A livello regionale è stabilita la presenza di almeno 1 Ospedale di comunità in ogni Zona-distretto/SDS e l'attivazione di 1 struttura ogni 50.000 abitanti, prevedendo quindi una maggiore capillarità di distribuzione rispetto alle indicazioni nazionali. Tale scelta è motivata dalla necessità di garantire a tutti gli utenti una risposta di prossimità, distribuendo l'offerta in modo quanto più omogeneo possibile negli ambiti di Area vasta.

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 organizza-



zione 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'Azienda sanitaria mantiene la responsabilità nella programmazione e nella formazione.

L'Ospedale di comunità si caratterizza inoltre come luogo privilegiato per la promozione di sinergie tra le varie realtà della comunità locale e i servizi sanitari e sociali integrati di zona.

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.

## RETE REGIONALE CODICE ROSA

Rosa Barone (AUSL Toscana Centro), Vittoria Doretti (AUSL Toscana Sud-est), Sabrina Lelli (Regione Toscana)

La **Rete Codice rosa**, negli obiettivi e nel modello organizzativo, può costituire una esperienza funzionale alla realizzazione di quanto delineato dalla delibera della Giunta regionale n.1508/2023 di «valorizzare le peculiarità del modello toscano e sviluppare ulteriori aspetti di innovazione [...]».

L'esperienza del Codice rosa, infatti, risponde pienamente agli obiettivi della riforma laddove si prevede una vera e propria riorganizzazione della sanità territoriale, garantendone l'integrazione con le reti ospedaliere e dell'emergenza-urgenza, al fine di produrre risposte di cura, assistenza e tutela più vicine alle persone in termini relazionali e comunitari.

Il Codice rosa definisce le modalità di accesso ed il percorso socio-sanitario nei servizi di emergenza urgenza delle donne vittime di violenza di genere (**Percorso donna** - in linea con le Linee guida nazionali d.p.c.m. del 24 XI 2017 - G.U. n. 24 del 30/01/2018) e delle vittime di violenza causata da vulnerabilità o discriminazione (**Percorso per le vittime di crimini d'odio** - implementazione della direttiva 2012/29/EU sugli standard minimi di diritti, supporto e protezione delle vittime di crimini d'odio - *Hate crime*). Definisce anche le modalità di allerta ed attivazione dei successivi percorsi territoriali, nell'ottica di un continuum assistenziale e di presa in carico globale. Il percorso può comunque essere attivato in qualsiasi modalità di accesso al Servizio sanitario regionale, sia esso in area di emergenza-urgenza, ambulatoriale o di degenza ordinaria, come più dettagliatamente specificato nelle procedure aziendali. La Rete, nella sua struttura organizzativa, prevede un responsabile, un comitato regionale, i comitati di Area vasta e una rete aziendale per ogni azienda sanitaria, con il coinvolgimento di numerosi professionisti che risultano investiti di una responsabilità.

### DA PROGETTO A RETE

Il progetto Codice rosa nasce nel 2010 nell'Azienda USL 9, con la finalità di assicurare un più efficace coordinamento tra le istituzioni e le varie competenze per dare una risposta efficace già all'arrivo della vittima di violenza in Pronto soccorso, prevedendo una collaborazione stretta tra enti, istituzioni e associazioni del privato sociale.

Nel 2011 con la sottoscrizione del Protocollo d'Intesa tra la Regione Toscana e la Procura di Firenze il progetto diventa regionale e prende il via la fase di sperimentazione nelle Aziende sanitarie.

Lo sviluppo del progetto Codice rosa ha evidenziato come "fare rete" non fosse un automatismo e come l'emersione della violenza nei Pronto soccorso e nei presidi ospedalieri incontrasse il punto di massima criticità nell'attivazione dei percorsi territoriali.

Nella messa a sistema all'interno del Servizio sanitario regionale della risposta alla violenza si è scelto allora di progettare l'architettura organizzativa del Codice rosa sul **modello della rete clinica assistenziale** ovvero, come definita da Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari nazionali), "un modello organizzativo che assicura la presa in carico del paziente mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e socio-sanitari di tipologia e livelli diversi nel rispetto della continuità assistenziale e dell'appropriatezza organizzativa. La rete individua i nodi e le relative connessioni definendone le regole di funzionamento, il sistema di monitoraggio, i requisiti di qualità e sicurezza dei processi e dei percorsi di cura, di qualificazione dei professionisti e delle modalità di coinvolgimento dei cittadini".

Con la delibera della Giunta regionale n. 1260/16, al termine della sperimentazione, nasce la **Rete regionale Codice rosa**, una rete

tempo-dipendente, unica in Italia, per la cura e la tutela delle persone vittime di violenza. Una rete in grado di: attivare connessioni tempestive ed efficaci per fornire risposte immediate alle esigenze di cura delle persone vittime di maltrattamenti e/o abusi; favorire il riconoscimento e la collocazione in tempi rapidi del bisogno espresso all'interno di percorsi sanitari specifici quali: violenza di genere, maltrattamenti e/o abusi su minori, persone anziane, portatori di handicap, persone discriminate sessualmente.

## LA STRUTTURA E LO SVILUPPO SUL TERRITORIO

La declinazione organizzativa della rete assegna quindi, ruoli e funzioni a tutti i nodi che concorrono all'erogazione di risposte sanitarie, con l'obiettivo di garantire nella "immediata presa in carico territoriale", la continuità assistenziale nel passaggio da un servizio ad un altro e nello specifico nel passaggio dall'ospedale al territorio.

A tale scopo la Rete Codice rosa incontra la complessità delle organizzazioni zonali e la integra dentro di sé nella dimensione della Rete territoriale Codice rosa: ogni Zona/SDS concorre in modo diretto alla costruzione della rete zonale attraverso la nomina delle funzioni (referente Codice rosa, psicologa e team di valutazione multidimensionale) e l'individuazione delle risorse.

La **componente territoriale della Rete Codice rosa** risponde all'esigenza di una attivazione immediata, tempestiva, non differibile e configura una presa in carico breve, qualificata capace di intercettare i bisogni in acuto. A questo obiettivo risponde anche il Servizio sociale emergenza-urgenza (SEUS), un pronto intervento sociale, che integra e supporta il personale sanitario nella rilevazione del rischio,

in particolare nei presidi ospedalieri dove non è presente il servizio sociale. Un numero di secondo livello, riservato alla rete dei servizi, attivo h24 per 365 giorni l'anno.

La Rete territoriale ha anche l'importante funzione di sostenere gli operatori nel "sentirsi meno esposti e meno soli", nel rilevare e gestire la violenza. L'esperienza mostra che la capacità degli operatori di rilevare la violenza è in diretta relazione con le risorse messe a disposizione per il fronteggiamento delle difficoltà che ne derivano.

La Rete Codice rosa dunque sviluppa un sistema di **connessioni tra servizi, enti e professioni diverse**, fondamentale nell'approccio con le vittime di violenza. Un impianto sostenuto da un sistema di governance multilivello fondato sulla cooperazione interistituzionale tra Regione, Aziende sanitarie, Zone-distretto, Comuni e loro forme associative e consortili, con il coinvolgimento importante degli enti del Terzo settore dando spazio, tra l'altro, alla sperimentazione dei nuovi istituti della coprogrammazione e della coprogettazione.

La **collaborazione interistituzionale** è il presupposto irrinunciabile per garantire in modo uniforme sul territorio il miglior supporto alle persone vittime di violenza e le migliori procedure giuridico-forensi. A questo riguardo centrale è la collaborazione con la Procura generale e le Procure territoriali: questa ha portato nel 2018 alla firma di un Protocollo d'intesa per l'attuazione delle linee di Indirizzo giuridico-forensi nella Rete regionale Codice rosa, le cui attività vengono periodicamente verificate attraverso l'apposito tavolo per il monitoraggio, presieduto dai soggetti aderenti al protocollo, il cui lavoro di revisione e aggiornamento ha portato a ottobre 2022 alla firma di un nuovo Protocollo.

## CONCLUSIONI

La rete Codice rosa può quindi costituire una best practice nello sviluppo del "modello toscano" della riorganizzazione delle reti territoriali integrate dimostrando di:

- essere una rete tempo dipendente, strutturata e formalizzata, capace di creare connessioni stabili in un sistema di governance multilivello;
- essere una rete che realizza l'integrazione socio-sanitaria, fortemente ancorata al territorio dove incrocia ed integra la fitta rete dei servizi, in primo luogo sociali e tutte le risorse informali della comunità che concorrono alle politiche di contrasto alla violenza;

- favorire il riconoscimento precoce dei casi di violenza sia all'interno delle strutture del Sistema sanitario, in particolare nei Dipartimenti di emergenza-urgenza, che sul territorio;
- coordinare le diverse Istituzioni e competenze per fornire una risposta rapida ed efficace fin dall'accesso della vittima al Pronto soccorso;
- adottare procedure definite attraverso processi partecipati in gruppi di lavoro che valorizzano le competenze all'interno della rete;
- garantire la tempestività dell'intervento, anche con sistema di pronto intervento sociale, e la continuità assistenziale con una presa in carico integrata che si sviluppa attraverso il team multi-dimensionale;
- garantire omogeneità di intervento sull'intero territorio regionale e diminuire la diseguità nell'accesso e nell'appropriatezza delle cure: l'organizzazione reticolare garantisce che ogni ospedale e ogni ambito territoriale offra lo stesso livello di servizio;
- garantire la valutazione del rischio di recidiva e la prevenzione di forme di vittimizzazione secondaria come compiti definiti e qualificanti la Rete;
- avere un sistema preordinato di governo della Rete che preveda la programmazione, organizzazione, monitoraggio e valutazione dello stato di implementazione: attività formativa di tipo multi-professionale, interdisciplinare e continua, finalizzata a promuovere le conoscenze, a condividere le procedure e a sviluppare la collaborazione e la motivazione all'interno dei gruppi operativi.

## I CONSULTORI

Anna Ajello (Regione Toscana)

Il decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 conferma l'importanza del **consulorio familiare** 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 ragazzi e delle famiglie. L'équipe multidisciplinare (ostetrica, ginecologo, psicologo, assistente sociale), che caratterizza l'approccio olistico delle attività consultoriali, deve garantire prestazioni, tutte previste nei LEA (art. 25 del d.p.c.m. 2017), mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche, infermieristiche e riabilitative, da erogare anche a livello domiciliare.

Le aree principali di attività sono quelle tradizionali di **prevenzione, promozione e tutela della salute sessuale e riproduttiva** della donna, dei ragazzi e delle loro famiglie; dell'assistenza alla donna in stato di gravidanza e durante il puerperio; della tutela della salute del bambino nascituro e nei primi 1000 giorni di vita; del supporto psicologico e dell'assistenza necessaria alla donna durante tutto il percorso per l'interruzione volontaria della gravidanza; dell'educazione alla procreazione responsabile e dell'accesso ai programmi per la contraccezione; della procreazione medicalmente assistita.

Tra i nuovi bisogni di salute, sono affidati alla consulenza, al supporto ed alle cure dei professionisti consultoriali attraverso percorsi integrati con altri servizi territoriali ed ospedalieri, anche lo stato di disagio sociale, di maltrattamento, violenza ed abuso sia delle donne che dei bambini e dei ragazzi, così come le problematiche relative alla genitorialità affidataria o adottiva, alla genitorialità vulnerabile. Si prevedono a riguardo interventi di supporto psicologico e sociale ai singoli ed ai nuclei familiari e interventi di prevenzione e promozione della salute a livello di comunità.

È raccomandato un approccio multidisciplinare e olistico (*Planetary Health*), da svolgersi favorendo una maggiore e reale integrazione con i servizi della Zona-distretto e persino con i servizi scolastici e per il welfare che partecipano dei percorsi di cura e presa in carico.

Il d.m. 77/2022 sottolinea infine il carattere di prossimità che deve avere l'assistenza consultoriale, rivedendo in parte gli standard stabiliti nel 1999 con il Programma obiettivo materno infantile (Pomi), quindi raccomandando una distribuzione pari ad almeno 1 consulorio ogni 20.000 abitanti in area urbana e di 1 consulorio ogni 10.000 nelle aree interne e rurali; la presenza dei consultori o di proiezioni del servizio consultoriale nelle Case della comunità.

In realtà, molti degli indirizzi del d.m. 77/22 erano già presenti nella normativa regionale e nella programmazione sociale e sanitaria. I Piani sanitari e sociali regionali, dal 2001 in poi, hanno sempre previsto uno specifico programma regionale dedicato alla salute materno infantile ma il primo riordino dell'attività consultoriale, quale si configura attualmente, è avvenuto con la d.g.r. 259/2006. I consultori sono diventati così, grazie a questo intervento normativo, almeno per la nostra regione, un punto di riferimento del servizio sanitario, in particolare per le fasce deboli della popolazione, soprattutto per il percorso nascita, per il percorso IVG, per i programmi di screening e per l'accesso alla contraccezione, gratuita dal 2018 (delibere regionali n. 1251/2018 e 394/2019).

Con la deliberazione di Giunta regionale n. 674/2023, la Regione Toscana ha inteso riorganizzare e implementare l'attività consultoriale, in funzione dello sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario pubblico. Nel disposto della deliberazione, si conferma che le attività consultoriali, che devono essere presenti anche nella Casa di comunità, siano svolte a livello distrettuale e organizzate dalle Unità funzionali (UF) attività consultoriali. In ogni Azienda USL è presente un'area di coordinamento delle UF attività consultoriali zonali.

La delibera definisce inoltre caratteristiche, funzioni, standard e requisiti dell'attività consultoriale, le scelte organizzative da operare per il miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi, coerentemente con una società che cambia, l'aggiornamento del quadro programmatico nazionale, la necessità di una maggiore prossimità alle persone e alle famiglie.

Particolare attenzione è data alle nuove generazioni prevedendo che i consultori diventino davvero **luoghi di salute per i ragazzi**, con programmi di informazione, prevenzione e promozione della salute dedicati al loro benessere; tali programmi riguarderanno in particolare: la salute sessuale e riproduttiva, i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, il disagio sociale e psicologico, la promozione di corretti stili di vita e attività specifiche per l'individuazione precoce del rischio di dipendenza da alcol, sostanze, abitudini comportamentali.

Saranno attivati inoltre nuovi strumenti informativi e di interlocuzione con i cittadini, grazie anche ai programmi della sanità digitale.

Altri elementi di rilievo della nuova programmazione sono, in termini generali: aver scelto, con il potenziamento delle attività consultoriali, una politica sanitaria di salute pubblica e prossimità alla popolazione, orientata alla prevenzione e alla presa in carico precoce di eventuali pato-

logie, in particolare per quanto riguarda quelle fasce di popolazione che la Regione chiama "nuovi cittadini" cioè i giovani, i lavoratori immigrati e le loro famiglie; in termini più specifici: la riorganizzazione e l'articolazione aziendale, gli standard sulla presenza di personale, sui servizi e sui percorsi assistenziali di cui il consultorio è parte, l'integrazione con le reti dei servizi ospedalieri e territoriali, la mediazione culturale, la telemedicina e il teleconsulto.

Per dare maggiore impulso alle attività di prevenzione, la delibera regionale individua alcuni strumenti nuovi: gli Open Day dei consultori/spazi giovani e le Giornate della salute, da svolgersi con cadenza annuale, in collaborazione con ISPRO, i Dipartimenti della prevenzione e i servizi aziendali e distrettuali competenti per i programmi di prevenzione. Il valore aggiunto è la possibilità che le Giornate aprono al Consultorio sia per la presentazione alla cittadinanza della propria attività che per l'attrazione e la presa in carico di un maggior numero di persone. Sono previsti inoltre, i **"Pacchetti salute"**, un insieme di prestazioni gratuite, che saranno fruibili contemporaneamente in consultorio e/o nei servizi specialistici, offerti dalle Aziende USL alla popolazione del territorio di competenza e soprattutto al target prioritario che dovranno individuare all'interno dei propri programmi di prevenzione.

Alcuni esempi. Per quanto riguarda l'attività di prevenzione rivolta alle donne, agli adolescenti e ai giovani, i "Pacchetti salute" comprendono:

- nella prevenzione delle IVG: counselling specifico e per l'accesso alle prestazioni del programma di gratuità per la contraccezione;
- nella prevenzione oncologica femminile: visita ginecologica, pap test e test Hpv, insegnamento autopalpazione, inserimento nei programmi di screening;
- nella prevenzione dei disturbi legati alla menopausa: esami periodici e dedicati, counselling specifico e psicologico, consulenza dietista, prenotazione di visite e prestazioni specialistiche, se necessarie;
- nella prevenzione dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione: counselling dietista e programma alimentare per il controllo del peso e la promozione di corretti stili di vita;
- nella prevenzione delle dipendenze (alcol, ludopatia, sostanze stupefacenti): counselling, somministrazione test per i fattori di rischio, programmazione percorso specialistico qualora necessario.

L'attività consultoriale viene inoltre collegata con protocolli definiti a numerosi altri servizi territoriali e ospedalieri, finendo per configurarsi come una vera e propria **porta d'accesso al Servizio sanitario regionale**, in un'ottica di inclusione e di appropriatezza; si citano ad esempio: i servizi per la gestione fisiologica della gravidanza e per la diagnosi prenatale, per la prevenzione e la

gestione dell'interruzione della gravidanza, i servizi sociali, i servizi per la salute mentale, i servizi per la prevenzione e la cura delle dipendenze, per la prevenzione della violenza di genere, i servizi per la prevenzione, la cura, l'assistenza delle donne e delle bambine a rischio di MGF (mutilazioni genitali femminili) o portatrici di MGF e per il contrasto della pratica.

Per quanto riguarda il **percorso stranieri**, interventi significativi sono previsti nella definizione del ruolo e della funzione dei mediatori culturali nell'équipe e nei servizi consultoriali. Il profilo professionale richiesto sarà quello di "tecnico della progettazione degli interventi di orientamento e integrazione interculturale per cittadini stranieri, dell'accompagnamento all'accesso ai servizi e della mediazione linguistico-culturale - mediatore Interculturale (506)" riconosciuto dalla Regione Toscana e recentemente aggiornato (2018).

La presenza del mediatore diventa inoltre obbligatoria in alcune fasi dei percorsi assistenziali consultoriali, vista la connessione e la rilevanza con la compagine culturale, quali ad esempio alla consegna del libretto di gravidanza; nel percorso di supporto alla diagnosi prenatale; nel percorso post partum, con particolare riguardo alle visite domiciliari previste per le fasce deboli; nel percorso contraccezione e procreazione responsabile; nel percorso pre e post IVG, con particolare riguardo:

1. all'attivazione di interventi e/o servizi a carattere sociale nella fase pre-IVG;
2. alla presentazione del percorso Mamma segreta;
3. alle attività di informazione e prevenzione delle recidive;
4. alla prenotazione dei controlli e delle visite post-IVG;
5. al percorso per la contraccezione gratuita e la procreazione responsabile.

Queste ed altre misure, contenute nei nuovi Indirizzi regionali per le attività consultoriali, si accompagnano infine ad una significativa e complessiva riorganizzazione del servizio, considerando l'articolazione in rete delle attività e la loro ricollocazione nel più vasto ambito della riforma dell'assistenza territoriale.

## LA RETE DELLE CURE PALLIATIVE

Anna Ajello (Regione Toscana)

La legge n. 38/2010 e i successivi provvedimenti attuativi hanno definito un modello di sviluppo delle cure palliative (CP) che prevede l'articolazione in rete dei servizi e dei percorsi assistenziali.

Essa individua come *setting* di cura la casa o il domicilio della persona, l'Hospice o la struttura ospedaliera ed ambulatoriale; distingue gli interventi per livelli di complessità ed intensità assistenziale (cure palliative di base e specialistiche) differenziandole, in ambito domiciliare, dall'ADI attraverso specifiche e specialistiche unità di offerta; individua criteri e standard di accreditamento per le strutture e le reti e di riconoscimento delle competenze per i professionisti.

In regione Toscana le cure palliative sono attive da oltre vent'anni e sono articolate in reti aziendali e regionali, come definito nella d.g.r. 199/2014 aggiornata poi dalla d.g.r. n. 1337 del 2018. **Le reti aziendali sono attive in tutto il territorio regionale** e comprendono anche una rete specifica per le cure palliative in età pediatrica, coordinata dall'AOU Meyer, sede dell'unico Hospice pediatrico toscano. La Rete aziendale di Cure palliative (RICP) è un'aggregazione funzionale che integra le attività di CP erogate nei diversi *setting* assistenziali. Unità funzionali di cure palliative sono presenti in tutte le Zone-distretto e sono prevalentemente organizzate come articolazioni del dipartimento di cure primarie. L'Unità funzionale (UFCP) coordina e integra le CP nei diversi *setting* e livelli di assistenza; definisce i percorsi di presa in carico e di continuità delle cure, favorendo l'integrazione tra servizi sanitari e sociali, la tempistica necessaria per l'erogazione delle prestazioni e la consegna degli ausili; adotta sistemi di monitoraggio, miglioramento della qualità e controllo dei percorsi di cura erogati, coerentemente anche con gli indicatori di valutazione definiti a livello regionale; raccoglie e trasmette i dati al sistema informativo; attiva

percorsi formativi aziendali specifici per gli operatori e i professionisti come programmi di supporto alla persona e ai familiari, fino alla elaborazione del lutto.

La governance della rete regionale delle CP che coinvolge i referenti aziendali è demandata ad un coordinamento strategico, definito nella composizione e nelle funzioni dalla d.g.r. 1337/2018. Dal 2020, fanno parte delle reti aziendali diciotto organizzazioni del volontariato, convenzionate con le AUSL principalmente per l'erogazione delle cure palliative a livello domiciliare; mentre oltre quaranta medici, negli ultimi cinque anni, hanno ottenuto la certificazione regionale prevista dalla legge 38/2010 per l'esercizio della professione di palliativista in assenza di specializzazione ma in presenza di comprovata formazione ed esperienza pregressa.

Con il d.m. 77/22, che definisce lo standard assistenziale e il bacino di utenza, integrando quanto già individuato dall'Intesa Stato-regioni del 2012 e delle reti delle cure palliative, sia per i pazienti in età pediatrica che in età adulta, esse sono state strettamente collegate all'assistenza domiciliare in virtù del principio della casa come primo luogo di cura, in collaborazione con la COT, i PUA, l'ADI e l'Assistenza primaria.

Il modello di assistenza territoriale sviluppato poi dalla d.g.r. 1508/2022 ha portato alla definizione del **Piano regionale per le cure di fine vita** (d.g.r. 960/2023) che concepisce le cure palliative come cure simultanee alle terapie attive oltre che di supporto nel fine vita, coerentemente con i principi della legge 38/2010 e tutte le evidenze scientifiche, strutturandone l'erogazione sia in ambito ospedaliero che territoriale. Il Piano è articolato su un quinquennio di attività (2023-2028) e coinvolge le Aziende sanitarie, la Medicina generale e la Pediatria di famiglia, le Organizzazioni del Volontariato e il Terzo settore regionale accreditati.



Gli obiettivi prioritari del Piano sono: rafforzare la governance aziendale, potenziare l'assistenza domiciliare, implementare il ricorso alle cure palliative in una prospettiva di integrazione e complementarietà alle terapie attive oltre che di supporto nel fine vita, sia in ambito ospedaliero che territoriale, garantire l'erogazione delle cure palliative per l'età pediatrica in tutto il territorio regionale. Sono quindi obiettivi specifici: allargare il bacino di utenza cui potenzialmente vanno estese le cure palliative al nuovo standard indicato dalla normativa e pari al 90% della media dei deceduti nella regione nell'ultimo triennio, pari a circa 41.000 persone; potenziare la presa in carico territoriale dei potenziali aventi diritto, attraverso: il raggiungimento graduale dello standard definito dal d.m. 77/22 per le équipes specialistiche (n. 1 ogni 100.000 abitanti) e per il numero di posti letto Hospice (standard di 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti), pari per la Regione Toscana a 293 posti letto hospice complessivi; l'accreditamento delle Organizzazioni del volontariato di settore, onde potenziare l'offerta di cure domiciliari.

A supporto di questa programmazione sono state individuate quali azioni trasversali da attivare nel quinquennio di durata del Piano: la definizione di PDTA e PDTA-s che facilitino l'attivazione del servizio sia in ambito ospedaliero che territoriale, garantendo continuità assistenziale e appropriatezza, la presa in carico territoriale (UCP Dom e Hospice), l'integrazione dei setting assistenziali, ospedalieri e territoriali; la formazione mono e pluriprofessionale dei professionisti, anche ai fini di implementarne l'interazione nella rete dei servizi; la tariffazione dell'intero percorso e dei singoli centri di costo (es. Hospice, ADI, CP-dom, ecc.); la descrizione delle attività di tutta la rete delle cure palliative, attraverso il miglioramento tecnologico della rappresentazione delle attività; la partecipazione dei cittadini finalizzata al miglioramento della qualità delle cure.

L'attuazione del Piano è monitorata e aggiornata con cadenza trimestrale dai coordinamenti aziendali e dal coordinamento regionale (comitato strategico) secondo gli indicatori previsti per la garanzia dei LEA nelle cure palliative e secondo quelli del Nuovo sistema di garanzia (NSG).

# I SERVIZI SOCIO-SANITARI E L'INTEGRAZIONE IN MATERIA DI SALUTE MENTALE ADULTI E INFANZIA-ADOLESCENZA E LE DIPENDENZE

Anna Ajello (Regione Toscana)

Così come indicato dalla d.g.r. 1508/2022, la Casa di comunità e i Centri di salute mentale, entrambi di livello zonale, sono i luoghi di riferimento e di accesso all'assistenza sanitaria in materia di **salute mentale, dipendenze patologiche e neuropsichiatria infantile**. Sono inoltre i luoghi dell'integrazione con altri servizi sociali e socio-sanitari, con i servizi sanitari specialistici e con altri percorsi territoriali (si pensi ad esempio ai Centri anti violenza o ai gruppi di auto-aiuto).

Tale tipologia di assistenza prevede quindi, a livello territoriale, almeno due tipi di attività. Il primo, da svolgersi all'interno della CdC, anche attraverso servizi di **telemedicina e teleconsulto, di counseling e prima valutazione**, è pensato a supporto della medicina generale, per rendere possibile una prima valutazione ed un intervento precoce nonché un in-vivo maggiormente appropriato alle strutture organizzative di diagnosi, cura e prevenzione di livello superiore. Il secondo tipo di attività comprende tutti gli interventi che portano ad una completa **presa in carico per episodio di cura o per Piano terapeutico-riabilitativo individuale** di lungo termine e viene svolta, come di consueto, nei Centri di salute mentale, con l'UOC di neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza, e nei Servizi per le dipendenze (Ser.D.).

A queste strutture afferiscono le équipes multidisciplinari, di cui per la prima volta si stabiliscono gli standard di dotazione del personale, tarati su una unità di misura pari a 100.000 abitanti.

Riguardo al primo livello di intervento si segnalano le sperimentazioni attualmente in atto del servizio di psicologia di base, in attuazione della l.r. 39/2022. Riguardo all'articolazione in rete dei servizi territoriali di base e specialistici, si segnala invece da una parte, il lavoro preliminare in corso, di verifica delle dotazioni esistenti nei servizi per la programmazione dell'acquisizione di risorse, coerente con il tetto stabilito dalla normativa nazionale per l'acquisizione di personale ma comunque tale da rendere reale e diffusa l'offerta sanitaria; dall'altra la revisione, anch'essa attualmente in corso, dei percorsi assistenziali esistenti sui bisogni di salute maggiormente rilevanti in tali ambiti.

Si segnalano infine, riguardo alla costruzione di reti territoriali di tutela e di supporto ai servizi per le dipendenze e la salute mentale, i recenti accordi di collaborazione stipulati dalla Regione Toscana con associazioni e gruppi di auto aiuto, in un'ottica non solo partecipativa ma di salute di comunità.

# **Rafforzare e qualificare le infrastrutture sociali**

# IL POTENZIAMENTO DEI SERVIZI SOCIALI

Massimiliano De Luca, Silvia Brunori (Regione Toscana)

La legge 178/2020 all'articolo 1, comma 797 e ss. ha introdotto un livello essenziale delle prestazioni di assistenza sociale definito da un operatore ogni 5.000 abitanti e un ulteriore obiettivo di servizio definito da un operatore ogni 4.000 abitanti. In quest'ottica, ai fini di potenziare il sistema dei Servizi sociali comunali, ha previsto l'erogazione di un contributo economico a favore degli ATS in ragione del numero di assistenti sociali impiegati in proporzione alla popolazione residente:

- un contributo pari a 40.000 euro annui per ogni assistente sociale assunto a tempo indeterminato dall'Ambito, ovvero dai Comuni che ne fanno parte, in termini di equivalente a tempo pieno, in numero eccedente il rapporto di 1/6.500 e fino al raggiungimento del rapporto di 1/5.000;
- un contributo pari a 20.000 euro annui per ogni assistente sociale assunto a tempo indeterminato dall'Ambito, ovvero dai Comuni che ne fanno parte, in termini di equivalente a tempo pieno, in numero eccedente il rapporto di 1/5.000 e fino al raggiungimento del rapporto di 1/4.000.

Entro il 28 febbraio di ogni anno, ciascun ATS, anche per conto dei Comuni appartenenti allo stesso, deve inviare al Ministero del lavoro e delle politiche sociali un prospetto riassuntivo che indichi, per il complesso dell'Ambito e per ciascun Comune, con riferimento all'anno precedente e alle previsioni per l'anno corrente:

1. il numero medio di assistenti sociali in servizio assunti dai Comuni che fanno parte dell'ambito o direttamente dall'Ambito (si fa riferimento al personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, secondo la definizione di equivalente a tempo pieno, effettivamente impiegato nei servizi territoriali e nella loro organizzazione e pianificazione);
2. la suddivisione dell'impiego degli assistenti sociali per le seguenti area di attività:
  - Segretariato sociale
  - Servizio sociale professionale
  - Famiglia - Minori - Anziani autosufficienti
  - Persone con disabilità - Non autosufficienti
  - Povertà - Disagio adulti (dipendenze, salute mentale).

Ai fini del calcolo, devono essere considerati tutti gli assistenti sociali effettivamente impiegati nei Servizi sociali svolti nel territorio dell'ATS e nella loro organizzazione e pianificazione assunti a tempo indeterminato. In relazione alla concreta organizzazione dei Servizi sociali in ciascun ATS, si può fare riferimento a quelli assunti da:

- Comune, Unione di Comuni (art. 32 d.lgs. 267/2000), Comunità montana (artt. 27-28-29 del d.lgs. 267/2000);
- Azienda speciale ovvero Azienda servizi alla persona, ai sensi dell'art. 114 del d.lgs. 267/2000 (Ente strumentale del Comune);
- Istituzione ai sensi dell'art. 114 del d.lgs. 267/2000 (organismo strumentale del Comune)
- Comune capofila, in caso di convenzione (art. 30 del d.lgs. 267/2000);
- Consorzi per la gestione di servizi socio-assistenziali e socio-sanitari (art. 31 d.lgs. 267/2000)
- Società della salute (ricongiungibile all'art. 31 d.lgs. 267/2000);
- Azienda speciale consortile Servizi alla persona, art. 31 e 114 del d.lgs. 267/2000.

Pertanto, ai fini del calcolo degli assistenti sociali operanti nell'ATS, possono essere considerati quelli che sono assunti dai soggetti sopra indicati, purché assunti a tempo indeterminato, che svolgano effettivamente la loro attività a favore di uno o più Comuni appartenenti all'Ambito e siano effettivamente impiegati nei Servizi sociali. Non possono essere considerati gli assistenti sociali dipendenti da soggetti privati o del Terzo settore a seguito di appalto di interventi e servizi ovvero dipendenti da Aziende sanitarie locali operanti all'interno delle stesse, ad eccezione delle situazioni in cui i Comuni abbiano delegato la funzione socio-assistenziale all'Azienda sanitaria locale.

Con riferimento al caso delle Società della salute della Regione Toscana, nel computo vengono presi in considerazione unicamente gli assistenti sociali impiegati nella attività di assistenza sociale della Zona-distretto i cui costi gravino, direttamente o indirettamente, sui bilanci dei Comuni facenti parte dell'ATS di riferimento. Possono pertanto essere computati nel calcolo:

- gli assistenti sociali assunti direttamente e a tempo indeterminato dal Consorzio Società della salute (SDS) per l'esercizio delle funzioni sociali delegate dai Comuni soci (e pertanto, di norma, con oneri contabilizzati tra i costi di parte sociale del Bilancio consortile);
- gli assistenti sociali comandati al Consorzio SDS dai Comuni o dall'AUSL, con onere a carico della stessa SDS contabilizzati tra i costi di parte sociale del Bilancio consortile;
- gli assistenti sociali assegnati funzionalmente al Consorzio SDS, i cui oneri stipendiali siano rimborsati ai Comuni o valorizzati nelle quote associative degli stessi Comuni soci (ricavi di parte sociale del Bilancio consortile);
- gli assistenti sociali dipendenti dai Comuni soci eventualmente impiegati nei Servizi sociali della Zona-distretto (di norma coincidente con l'ambito), pur in assenza di comando o assegnazione funzionale al Consorzio SDS;
- di contro, non potranno in alcun caso essere computati nel calcolo gli assistenti sociali dipendenti dall'AUSL comandati, assegnati funzionalmente alla SDS o comunque impiegati dalla Zona-distretto della AUSL per l'esercizio delle funzioni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria e ad alta integrazione sanitaria di competenza del Servizio sanitario regionale delegate alla stessa Zona-distretto, e pertanto con oneri necessariamente a carico del Bilancio aziendale.

Nell'anno **2022** gli ATS toscani impiegano complessivamente **703,52<sup>1</sup> assistenti sociali** tempo pieno equivalente. La serie storica mostra il netto miglioramento derivante dalle politiche di potenziamento del servizio: il numero di assistenti sociali è infatti passato da 546,11 a 703,52 tempi pieni equivalenti ed è cresciuto in tutti gli ATS, e la dotazione di assistenti sociali è passata da 1/6.717 a 1/5.226 residenti.

Il consuntivo 2022 ci dice inoltre che 11 ATS su 28 (il 39%) hanno raggiunto il **livello essenziale** di 1/5.000, di cui 2 anche quello di 1/4.000, e che i restanti 17 (61%) devono ancora raggiungere il primo obiettivo. Noto, comunque, la progressione che si registra nell'**avvicinamento agli obiettivi del LEP**: nel 2020 gli ATS con un rapporto superiore a 1/6.500 erano 15, oggi sono 8, quelli tra 1/5.000 e 1/4.000 erano 2 e oggi sono 9, mentre sono rimasti invariati per le altre due soglie<sup>2</sup>.

1 Fonte: SIOSS-Banca dati Assistenti sociali a tempo indeterminato. I decimali risultano dal fatto che nel calcolo del personale si utilizza l'unità di misura del full time equivalente, che tiene conto delle quote di giornate lavorate nel corso dell'anno (ad esempio, una persona assunta il 30 giugno viene conteggiata 0,5 perché di fatto lavora per metà anno).

2 Fonte: SIOSS-Banca dati Assistenti sociali a tempo indeterminato.

## LA SUPERVISIONE DEL PERSONALE DEI SERVIZI SOCIALI

L'obiettivo di assicurare un numero congruo di assistenti sociali a tempo indeterminato (come detto quantificabile in almeno un assistente sociale ogni 5.000 abitanti) conferma la centralità del servizio pubblico nella funzione chiave di **garanzia del diritto alla presa in carico**, potenziamento al quale concorre in senso qualitativo quanto previsto nel PNRR Missione 5 C2, sub investimento 1.1.4 "Interventi per rafforzare i Servizi sociali e prevenzione *burn out*". La professionalità e l'equilibrio degli operatori del sociale sono infatti fondamentali per offrire un servizio di elevata qualità, cosa tanto più rilevante in quanto il lavoro che essi svolgono incide direttamente sulla vita di persone spesso in condizioni di elevata fragilità, le azioni di prevenzione e contrasto del *burn out* si configurano come preconditione necessaria di natura infrastrutturale dell'intero dei Servizi sociali, in grado di assicurare al sistema affidabilità e efficacia.

La supervisione degli operatori sociali è dunque individuata fra le **azioni prioritarie** da attivare in tutti gli Ambiti, nell'ottica del suo riconoscimento come LEP. Essa verrà finanziata con rilevanti risorse a valere sul PNRR e si prefigura, al di là dell'orizzonte temporale di utilizzo del PNRR, un finanziamento a valere sul FNPS. La scheda tecnica riportata nella sezione 2.7.2 del Piano nazionale degli Interventi e dei servizi sociali 2021-2023 definisce la supervisione con riferimento ai contenuti che devono essere assicurati in ogni ambito e alle modalità del suo espletamento.

La Scheda 2.7.2. LEP Supervisione prevede inoltre: la supervisione individuale e di gruppo degli assistenti sociali, la supervisione organizzativa di equipe multiprofessionali e la supervisione mono professionale di altre figure professionali operanti negli Ambiti (nello specifico educatori professionali e psicologi). La supervisione deve essere realizzata da personale in possesso di requisiti specifici.

## PROGETTI IN CORSO PER IL LEP SUPERVISIONE IN TOSCANA

Il LEP Supervisione del personale dei Servizi sociali si colloca dunque nel quadro nazionale di **rafforzamento** del sistema complessivo di **risposta ai bisogni sociali** delle persone e delle collettività.

Per conseguire tale obiettivo, oltre a una quota riservata sul Fondo politiche nazionali, è stata attivata una specifica linea progettuale nel PNRR: la MISSIONE 5.C2- INCLUSIONE E COESIONE SOCIALE- Investimento 1.1: Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti. Sub-investimento Linea 1.1.4 "Interventi per rafforzare i Servizi sociali attraverso l'introduzione di meccanismi di condivisione e supervisione per gli assistenti sociali, ha un valore annuale del Progetto di 70.000,00 euro, una durata di 3 anni (valore complessivo: 210.000,00), e per la Toscana ha previsto 13 progetti finanziati che vedono il coinvolgimento di 23 ATS su 28 e successivamente pubblicato l'avviso di selezione non competitiva nella quale gli ATS potevano presentare un unico progetto da parte di più ambiti a tal fine consorziati, con individuazione di un ATS capofila ed assegnatario delle risorse.

Trattandosi di indicazioni di volontà a presentare progetti, e non progettualità vere e proprie, gli ATS sono stati accompagnati con diverse occasioni di seminari e occasioni di incontro (1 e 3 marzo) sino al seminario del 17 marzo organizzato da Regione Toscana e Federsanità-ANCI Toscana per illustrare la **situazione dei finanziamenti** e fornire indicazioni programmatiche.

Con successivi decreti direttoriali, nel corso del 2022, sono state istituite le Commissioni di valutazione ed è stato pubblicato l'elenco delle **proposte progettuali** ammesse a finanziamento, risultante dall'attività di valutazione della Commissione nazionale, a seguito di ciò i soggetti attuatori hanno provveduto al caricamento delle schede progetto sulla piattaforma Multifondo, prevedendo per la linea 1.1.4 PNRR, come avvio delle attività: "la comunicazione da parte del soggetto attuatore con la

quale viene trasmesso il piano operativo analitico dell'attività di supervisione prevista secondo il format predisposto dalla Direzione generale lotta alla povertà e programmazione sociale del Ministero del lavoro e politiche sociali". Gli ATS ammessi al finanziamento hanno quindi provveduto alla preventiva compilazione del **Piano operativo analitico** (POA) per l'annualità 2023, propedeutica all'inoltro della dichiarazione di avvio attività, vincolante per l'inizio delle azioni progettuali.

Indispensabile supporto ad accompagnare la compilazione del POA si è rivelato "Strumento di accompagnamento all'attuazione al LEP – "Supervisione del personale dei Servizi sociali" predisposto e validato dalla **Cabina di regia** nazionale<sup>3</sup>.

A fronte di un avvio con un rapporto diretto tra Ministero del lavoro e delle politiche sociali e gli ambiti territoriali, nel tempo si è strutturata una stretta relazione tra le Regioni e il Ministero attraverso la costituzione nel febbraio 2023 di un **Comitato tecnico di coordinamento** (CTC) con il compito di accompagnare, coordinare e monitorare l'implementazione del LEP. Il Coordinamento, convocato la MLPS si giova della partecipazione della Fondazione nazionale degli assistenti sociali (FNAS) cui è riservata l'importante funzione di assistenza tecnica agli Ambiti. Tale funzione è stata ulteriormente sviluppata attraverso la designazione di una/un specifico **referente regionale**, in grado di raccogliere, trasmettere e mediare le istanze provenienti sia dagli ambiti territoriali che dagli organi regionali.

Nel corso del 2023 sono stati effettuati tre incontri del CTC, cui sono succeduti altrettanti incontri con gli Ambiti territoriali, incontri aperti anche agli Ambiti non beneficiari di risorse PNRR per l'esigenza di raccordare la progettazione operativa del LEP indipendentemente dalla fonte di finanziamento. L'invito agli incontri convocati dalla Regione Toscana è stato esteso all'Ordine assistenti sociali della Toscana, alle Direttrici dei 3 Dipartimenti dei Servizi sociali aziendali di Area vasta, ad ANCI Toscana. E' stato inoltre stabilito un **incontro regionale mensile** a partire dal mese di settembre, con la presenza della referente FNAS per la Toscana dr.ssa Daniela Amione.

I dati che seguono sono stati elaborati sulla base dell'iniziale programmazione proposta dagli Ambiti e presente in piattaforma Multifondo, non siamo in grado, al momento in cui scriviamo, di accedere la programmazione annuale (POA) 2023.

I **progetti finanziati** sono stati 13 e hanno ottenuto un finanziamento totale di € 2.360.379,77 dai fondi PNRR. Dei 13 progetti, 6 sono stati presentati da ATS associate: Alta Val di Cecina (ATS associata: Pisana), l'Alta Val D'Elsa (ATS associate: Amiata Grossetana, Amiata Senese, Colline Dell'Albegna, Senese), la Fiorentina Nord-ovest (ATS associata: l'Empolese-Valdarno Inferiore), il Valdarno (ATS associate: Casentino e Valtiberina), Mugello (ATS associata: Fiorentina Sud-est) e Val di Nievole (ATS associata: Pistoiese). In totale, è previsto il coinvolgimento di **153 comuni e 1.574 professionisti**, con una percentuale attesa di beneficiari raggiunti dall'intervento rispetto al numero degli assistenti sociali in servizio che presenta variazioni a seconda della zona.

<sup>3</sup> DD n. 232 del 26 settembre 2022 - "la Cabina di regia nazionale è un organismo fondamentale della governance per l'attuazione del Livello essenziale di prestazione sociale "supervisione del personale dei Servizi sociali" ed ha il compito di monitorarne e potenziarne l'attuazione attraverso il coinvolgimento dei referenti regionali, dei referenti comunali, dei referenti dei diversi ordini professionali coinvolti, figure chiave per garantire le condizioni organizzative e istituzionali necessarie ad un'implementazione completa ed efficace."

## GLI INTERVENTI PER L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA

Angela Vignozzi (Regione Toscana), Irene Candeago, Francesco Nuti, Marco Zelano (Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza)

Il quadro normativo nazionale, composto dalle *Linee di indirizzo sull'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità*, dal *Piano nazionale per la famiglia*, dal *5° Piano nazionale per l'infanzia e l'adolescenza*, dal *Piano nazionale degli interventi e dei Servizi sociali 2021-2023* e dal *Piano per gli interventi e i Servizi sociali di contrasto alla povertà 2021-2023* – esiti di un grande lavoro di concertazione fra i diversi livelli di governo e il Terzo settore –, si pone l'obiettivo del superamento dell'eterogeneità territoriale al fine di **garantire di medesimi livelli essenziali di prestazione** a tutti i cittadini. La rinnovata integrazione della governance a livello nazionale corrisponde ad una spinta verso una necessaria funzione di programmazione unitaria e coordinamento degli ambiti territoriali a livello regionale. Al **Piano sociale** di nuova impostazione, che prevede una pianificazione unica e integrata, corrisponde quindi l'impegno a coordinare la collaborazione tra le diverse politiche ed i diversi attori del pubblico e del privato sociale che lavorano per la realizzazione dei diritti delle bambine e dei bambini, degli adolescenti e delle famiglie, avviando insieme iniziative di ascolto e coinvolgimento, di coprogettazione e coprogrammazione con gli enti del Terzo settore e di strette relazioni tra il livello nazionale, regionale e territoriale, per **garantire risposte complesse ed efficaci** alle diverse istanze di promozione, prevenzione protezione e autonomia delle giovani generazioni. In questo senso, le politiche di Regione Toscana in materia di infanzia, adolescenza e famiglie si sono da tempo orientate verso la messa a sistema di progettualità e risorse nazionali e regionali, valorizzando allo stesso tempo le buone pratiche presenti sul territorio. In quest'ottica si consolida di anno in anno il sistema regionale di promozione, prevenzione e protezione dell'infanzia e dell'adolescenza attraverso percorsi specifici ma integrati, quali:

- il Programma per l'implementazione delle linee di indirizzo nazionali sull'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità (PIPPI), promosso dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali, per **l'innovazione** e **l'omogeneizzazione** delle pratiche di intervento nei confronti delle famiglie in situazione di vulnerabilità, per prevenire il rischio di maltrattamento e il conseguente allontanamento dei bambini dal nucleo familiare, che è stato riconosciuto come Livello essenziale delle prestazioni sociali (LEPS) ed esteso a tutti gli Ambiti socio-sanitari toscani grazie all'integrazione dei finanziamenti provenienti dal Fondo nazionale politiche sociali e quelli provenienti dal PNRR - Missione 5;
- le **progettualità sociali integrate** sostenute attraverso i fondi erogati dal Dipartimento politiche per la famiglia finalizzati alla promozione di politiche di benessere familiare e di genitorialità positiva attraverso, da un lato, una **presa in carico multidisciplinare** da parte di equipe territoriali integrate e, dall'altro, l'offerta di servizi polivalenti quali i centri per le famiglie;
- il programma nazionale *'Care leavers'*, per l'accompagnamento all'autonomia dei giovani neomaggiorenni in uscita da interventi di tutela a seguito di un provvedimento dell'Autorità giudiziaria, che promuove il completamento dei **percorsi di crescita verso l'autonomia**, in una prospettiva di sviluppo delle opportunità del sistema regionale, affinché tali percorsi – con specifiche accortezze nei casi di particolare vulnerabilità – possano connettersi positivamente con il lavoro delle equipe territoriali dell'area adulti impegnate nei **processi di inclusione attiva**, garantendo la continuità della presa in carico a partire dalla minore età (il progetto prevede un lavoro di pre-assessment fin dal 17esimo anno) e andando oltre il compimento dei 21 anni d'età.



La Regione ha garantito il coordinamento tra la Rete di servizi territoriali sociali e sanitari, i 4 Centri adozione di Area vasta e i Centri affido, coinvolgendoli in percorsi e **programmi integrati** che abbracciano tutto l'arco assistenziale, dalla prevenzione degli allontanamenti e dal sostegno alle genitorialità difficili, fino all'attuazione dei progetti di affidamento familiare e di promozione e diffusione della cultura dell'accoglienza e della solidarietà tra famiglie. In collaborazione con le Zone-distretto e le Società della salute, Regione Toscana ha inoltre garantito il raccordo con l'intero sistema territoriale di interventi e servizi sociali e socio-sanitari, le comunità di accoglienza per i minorenni, i consultori, il Servizio emergenza e urgenza sociale (SEUS), la Rete regionale Codice rosa, anche in riferimento ai possibili canali di finanziamento in via straordinaria, e il passaggio, la tempestività e la circolarità delle informazioni tra tutti gli attori del sistema.

Le attività di coordinamento e di raccordo con il territorio sono supportate da una forte attività di raccolta dati e **costruzione di indicatori specifici**. Questi si ricavano in particolar modo dal monitoraggio annuale sugli interventi per la promozione e la tutela dei diritti di bambini e ragazzi di 0-17 anni nelle Zone-distretto toscane, dai sistemi informativi che riguardano le strutture residenziali denominati Asso e Asmi e dal sistema informativo sulle adozioni realizzato in collaborazione con il tribunale per i minorenni di Firenze. Inoltre, un'ulteriore fonte di dati è indicatori è stata la nuova edizione dell'indagine campionaria su preadolescenti e adolescenti, realizzata con la collaborazione dell'Ufficio scolastico regionale, in merito all'approfondimento agli stili di vita in ambiti quali la famiglia, le relazioni, la scuola e il tempo libero. In continuità con quanto realizzato ormai da 10 anni, in collaborazione con l'Ufficio scolastico regionale, è stata realizzata una nuova edizione dell'**indagine campionaria** che coinvolge studenti compresi tra gli 11 e i 17 anni, con l'obiettivo di approfondire la percezione rispetto agli stili di vita in ambiti quali la famiglia, la scuola, il tempo libero, la partecipazione sociale e il contesto amicale.

Il Centro regionale infanzia e adolescenza ha promosso e avviato **percorsi formativi**, in

sinergia con gli attori coinvolti nelle reti territoriali di prevenzione, promozione e tutela, sull'accreditamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per i minori, sulla genitorialità adottiva, e sull'utilizzo di strumenti innovativi per le prassi professionali come le "Carte della partecipazione".

Ha realizzato inoltre azioni di **accompagnamento e supporto** alle Zone-distretto e SDS, anche attraverso incontri sul territorio in cui, partendo dal confronto relativo allo stato dell'arte su équipe multidisciplinari e Centri per le famiglie, sono stati raccolti bisogni e criticità legate alla programmazione e attuazione degli interventi.

Per quanto riguarda le attività di comunicazione, Regione Toscana, attraverso il sito [www.minoritoscana.it](http://www.minoritoscana.it), ha implementato le relazioni e le sue funzioni di collegamento e interazione con i territori, con gli addetti ai lavori e con la collettività provvedendo a:

- diffondere e condividere le informazioni provenienti da tutte le istituzioni competenti in materia di minorenni e famiglie, sui provvedimenti adottati, sulle misure suggerite e sulle soluzioni operative individuate, per supportare i Servizi sociali e i territori;
- proseguire il percorso di monitoraggio a distanza delle progettualità in corso anche attraverso l'organizzazione di apposite banche dati.

## CENTRI PER LE FAMIGLIE

Nell'ottica della sopra menzionata offerta di servizi e interventi volti alla promozione del **benessere della famiglia** e alla presa in carico multidisciplinare, la Regione Toscana ha colto la sfida promossa dal Dipartimento politiche per la famiglia per la diffusione dei Centri per le famiglie destinando i suddetti finanziamenti alla creazione in ognuna delle 28 Zone-distretto toscane di almeno un polo di riferimento anche con più articolazioni territoriali, per la risposta ai bisogni e alle istanze delle famiglie, in stretta connessione con le attività socio-sanitarie, sanitarie e sociali delle Case di Comunità di cui al PNRR, per definire modelli personalizzati per la cura ed il sostegno delle famiglie, dei minorenni

e degli adolescenti, rafforzando il ruolo dei Servizi sociali territoriali, dei servizi socio-sanitari di prossimità e dei servizi socio-educativi, affinché si possano utilizzare e/o programmare e sperimentare metodi e strumenti innovativi, anche in coprogettazione con gli Enti del Terzo settore, con dispositivi e interventi omogenei ed efficaci nelle attività di **informazione, accoglienza, ascolto** e nell'accompagnamento delle famiglie nella loro crescita educativa e nel sostegno alla genitorialità vulnerabile, ai nuclei affidatari e adottivi.

Per sostenere lo sviluppo di questi servizi sono stati investiti complessivamente € 2.460.000,00 che sono serviti sia per l'assunzione del personale dedicato alle attività che per l'arredamento degli spazi.

Dal punto di vista concettuale, il riferimento programmatico per lo sviluppo di tali servizi, che ricordiamo, in Toscana, non sono ancora normati, è il modello condiviso di Centro per le famiglie elaborato il Dipartimento per le politiche della famiglia, e recepito con deliberazione di Giunta regionale n. 158/2023. Il Dipartimento, attraverso l'elaborazione del **modello condiviso**, ha inteso realizzare un percorso di accompagnamento allo sviluppo dei Centri per la famiglia, che ha un respiro nazionale e che ha raggiunto dei risultati importanti sul fronte del miglioramento dei servizi per le famiglie, con il coinvolgimento attivo delle Regioni e delle Province autonome italiane. Nasce al termine di un ampio percorso di governance partecipata con le Regioni, le Province autonome e ANCI ed è uno **strumento altamente flessibile** per adattarsi ai diversi bisogni territoriali, ma, al contempo, in grado di fornire indicazioni comuni a livello nazionale per favorire il necessario raccordo fra i diversi territori, aumentare la coerenza e la sistematicità delle azioni da porre in essere, anche in una logica sinergica.

La sperimentazione del modello in questione è avvenuta attraverso la realizzazione di gemellaggi fra il Dipartimento e alcune Regioni, con la partecipazione di Centri per la famiglia appartenenti a diversi territori. L'obiettivo cardine di tali gemellaggi è quello di favorire la sperimentazione presso un Centro per le famiglie denominato "ricevente" di un nuovo specifico servizio ritenuto di particolare interesse attra-

verso il supporto di un Centro denominato "cedente" che abbia maturato un'esperienza consolidata su tale servizio. Nello specifico la Regione Toscana ha partecipato individuando il centro per le Famiglie Baobab di Colle Val d'Elsa in qualità di Centro ricevente, per la sperimentazione del **servizio di orientamento** che non si configura come un servizio esclusivamente di informazione, ma si sostanzia in un'attività di orientamento, consulenza e sostegno ai bisogni familiari, che nasce da una puntuale conoscenza dei servizi offerti dal territorio.

Regione Toscana, in collaborazione con il Centro regionale di documentazione infanzia e adolescenza, ha effettuato una rilevazione sui Centri per le famiglie, articolandola in due distinte fasi: tra settembre e dicembre 2022 un'indagine sulle attività/servizi erogati dalle Zone-distretto SDS riconducibili a quelle realizzabili dai Centri per le famiglie (fase 1), a cui è seguita, nella primavera del 2023, un'attività di mappatura dei Centri attivi in Toscana (fase 2).

### **Fase 1 – Indagine sui servizi erogati dalle Zone-distretto SDS riconducibili ai Centri per le famiglie**

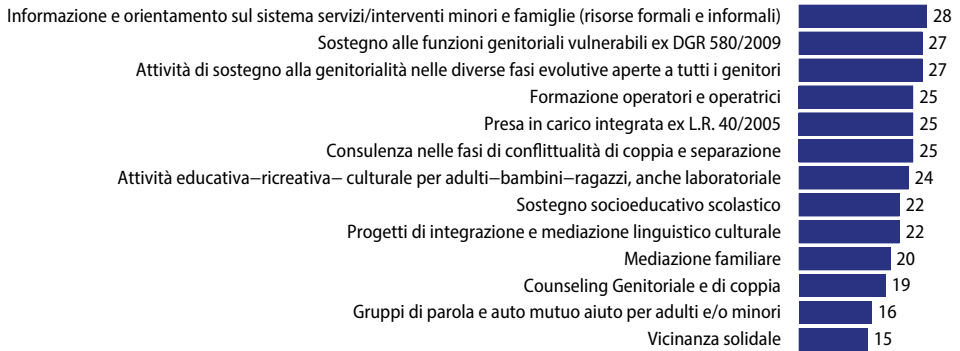
Per la raccolta dei dati è stato predisposto, attraverso l'applicazione web 'Google forms', un modulo di rilevazione costituito da un set ristretto di informazioni riguardanti attività/servizi realizzati nei territori delle Zone-distretto SDS, specificando per ciascuna di esse i luoghi di erogazione e destinatari.

In tutte le Zone-distretto SDS della Toscana vengono svolte, attraverso differenti modalità, attività/servizi riconducibili a quelle erogabili dai Centri per le famiglie.

Rispetto alle attività proposte nel **questionario**, quelle prevalenti riguardano l'"Informazione e orientamento sul sistema servizi/interventi minorenni e famiglie" (rilevate nella totalità degli ambiti territoriali) a cui segue (in 27 ambiti) il "Sostegno alla genitorialità nelle diverse fasi evolutive aperte a tutti i genitori e il "Sostegno alle funzioni genitoriali vulnerabili ex d.g.r. 580/2009".

Le attività meno frequenti fanno riferimento, invece, alla "vicinanza solidale", erogata solitamente in 15 ambiti territoriali e i "gruppi di parola e auto mutuo aiuto" presente in 16.

**Figura 1. Attività/servizi secondo il numero di zone in cui vengono erogati**



In alcuni casi le Zone-distretto SDS prevedono che specifiche attività vengano realizzate in luoghi condivisi con altri enti o con altri servizi, e in maniera prevalente nei Consultori, a cui seguono gli sportelli dedicati presso Centri affidi e Centri adozioni.

Considerando l'insieme dei servizi erogabili, questi si rivolgono prevalentemente alle famiglie in situazione di vulnerabilità, ma sono numerose anche le attività rivolte a un target meno specifico: infatti la seconda categoria di utenza è **"Universale"**. Tale caratteristica evidenzia l'opportunità di investire sull'attivazione dei Centri per le famiglie, che secondo quanto previsto dal "Modello di Centro", nascono proprio per **intercettare i bisogni di tutte le famiglie**.

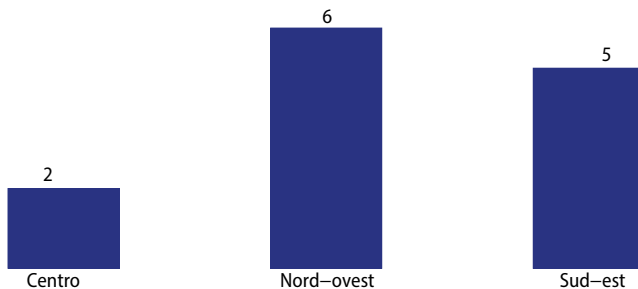
A bambine, bambini e adolescenti, sono destinate prevalentemente le attività di "sostegno socioeducativo scolastico" e quelle "educative-ricreative-culturali"; per le famiglie (con genitori separati o meno), sono previste soprattutto attività di "sostegno alla genitorialità" e per

quelle con genitori separati la "consulenza nelle fasi di conflittualità di coppia e separazione" e il "sostegno alle funzioni genitoriali vulnerabili ex d.g.r. 580/2009".

**Fase 2- Mappatura dei Centri per le famiglie**

Tra marzo e giugno 2023, nell'ambito di un ciclo di incontri organizzati dal Centro regionale di documentazione infanzia e adolescenza con i referenti dell'area Minori e famiglia delle Zone-distretto SDS, è stata effettuata una **mappatura** dei Centri per le famiglie, al fine di verificarne lo stato di attivazione, anche alla luce dei finanziamenti del Fondo politiche per la famiglia. I Centri per le famiglie attivi sul territorio toscano risultano 13 e la loro presenza è garantita sul territorio di 12 Zone-distretto SDS. Di questi 13 Centri, 8 risultavano già esistenti prima del finanziamento di cui al Fondo politiche per la famiglia. A questi Centri se ne devono aggiungere altri 20 in fase di realizzazione. I 13 centri rilevati risultano distribuiti per Area vasta come segue:

**Figura 2. Centri per le Famiglie attivi per Area vasta**

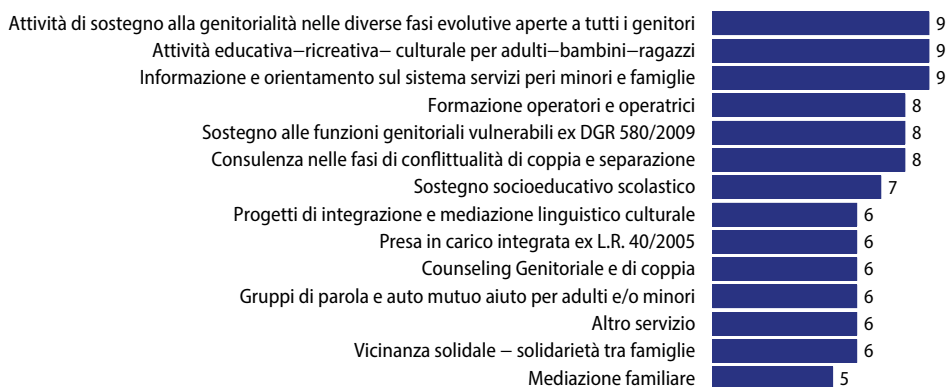


Le attività più frequenti realizzate dai Centri attivi riguardano l' "Informazione e orientamento sul sistema servizi/interventi minorenni e famiglie", il "Sostegno alla genitorialità nelle diverse fasi evolutive aperte a tutti i genitori e l' "Attività educativa-ricreativa- culturale per adulti-bambini-ragazzi".

Oltre alle tipologie di servizio previste dalla scheda di rilevazione, per le quali non sorprende rilevare la confluenza delle attività erogate sui territori (così come rilevate nella fase 1)

all'interno dei Centri, sono state rilevate "Altri" servizi, tra i quali: incontri protetti; osservazione di relazioni genitori figli; psicoeducativa domiciliare; centri giovanili; sportello su affidamento/ centro affidi; gruppi di famiglie in attesa di adozioni; gruppi con genitori adottivi; servizi gratuiti rivolti alla cittadinanza (prestiti libri, letture con le scuole); orientamento e informazione per famiglie straniere; sportello ascolto donna.

**Figura 3. Attività erogate secondo il numero di Centri per le famiglie in cui vengono svolte. Toscana - Anno 2023**



# CENTRI SERVIZI: BARRIERE ALL'ACCESSO E PRESA IN CARICO INTEGRATA

Cristina Corezzi (Regione Toscana), Andrea De Conno (Federsanità ANCI Toscana)

L'obiettivo generale della programmazione regionale nel settore della grave marginalità – che si inserisce nel più ampio quadro di ridefinizione delle politiche di contrasto alla grave marginalità adulta, a partire dalla prevista iscrizione anagrafica nel Comune di domicilio (anche in assenza di un alloggio) come LEPS, fino alla specifica attenzione posta anche dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) sui temi *Housing First* e Stazioni di Posta/Centri servizi che li ha inseriti tra gli Interventi della Missione 5 con riferimento alle **Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia**<sup>4</sup> - è stato quello di realizzare un sistema di presa in carico integrata volta alla costruzione di **percorsi di autonomia e di cittadinanza** dei beneficiari.

L'Atto di programmazione regionale per gli interventi e i Servizi sociali di contrasto alla povertà (approvato con d.g.r. n. 557 del 16/05/2022 e approvato a luglio 2022 dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali) indica come modalità di approccio la strategia *Housing First*, che ad oggi non costituisce un LEPS, ma che tuttavia risulta di particolare efficacia per gli effetti di sviluppo di autonomia e di risposta ai diritti fondamentali che comporta.

“Applicare l'**Housing First** in Italia nell'ambito dei servizi rivolti alla *homelessness* vuol dire ispirarsi concretamente agli 8 principi guida europei elaborati da un team di esperti – tra cui Marco Iazzolino per l'Italia – in collaborazione con il Dr. Tsemberis, fondatore del primo programma *Housing First (Pathways to Housing): Abitare è un diritto umano; I partecipanti hanno diritto di scelta e controllo; Distinzione tra abitare e trattamento terapeutico; Orientamento al Recovery; Riduzione del danno; Coinvolgimento attivo e non coercitivo; Progettazione centrata sulla persona; Supporto flessibile per tutto il tempo necessario*<sup>5</sup>

Nella promozione di approcci *Housing First* si deve tener conto che:

- il progetto non costituisce uno strumento di contrasto all'emergenza abitativa in generale, bensì uno strumento rivolto a persone in condizioni di fragilità, innanzitutto quelle senza dimora, per la realizzazione di un percorso individuale verso l'autonomia;
- la soluzione alloggiativa viene affiancata da un progetto individualizzato volto all'attivazione delle risorse del singolo o del nucleo familiare, con l'obiettivo di favorire percorsi di autonomia e rafforzamento delle risorse personali, per agevolare la fuoriuscita dal circuito dell'accoglienza ovvero l'accesso agli interventi di supporto strutturale alle difficoltà abitative (edilizia residenziale pubblica o sostegni economici all'affitto).

Nell'atto di programmazione regionale viene evidenziato anche il tema dei Centri servizi di contrasto alla povertà<sup>6</sup> che hanno lo scopo di garantire, attraverso un servizio di facile accessibilità alle persone in condizione di povertà o marginalità, anche estrema, o a rischio di diventarlo, la **presa in carico integrata** e un percorso partecipato di accompagnamento funzionale allo stato di salute, economico, familiare e lavorativo della persona interessata.

4 Le Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia sono state sottoscritte nel novembre 2015 in Conferenza unificata Stato Regioni e sono il frutto di un gruppo di lavoro coordinato dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Direzione generale per l'inclusione e le politiche sociali (<https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/poverta-ed-esclusione-sociale/Documents/Allegato-1-Linee-di-indirizzo-grave-emarginazione-adulta-in-Italia.pdf>)

5 <https://www.fiopsp.org/housing-first/> si veda anche a questo proposito quanto pubblicato dalla Rete *Housing first* in Italia <https://www.housingfirstitalia.org/chi-siamo/>

6 Si veda la scheda tecnica 3.7.3 del Piano nazionale degli interventi e dei Servizi sociali 2021-2023 (<https://www.lavoro.gov.it/priorita/Documents/Piano-Nazionale-degli-Interventi-e-dei-Servizi-sociali-2021-2023.pdf>)

Il livello di servizio richiesto è la disponibilità di almeno un Centro servizi in ciascuna zona in cui sia presente almeno un Comune con oltre 75mila abitanti. Nelle restanti zone è richiesta l'attivazione di almeno uno **sportello multifunzione** dedicato per orientamento, disbrigo pratiche e indirizzamento ai servizi, nonché per l'accesso ai Servizi per la residenza anagrafica dei cittadini senza dimora e fermoposta.

Il Centro può svolgere una funzione di regia, di coordinamento e di monitoraggio su tutta la rete dei servizi pubblici e privati che afferiscono alla grave emarginazione adulta e operano su mandato dell'amministrazione.

Facendo riferimento alla scheda tecnica contenuta nel Piano nazionale sopra citato si indicano alcuni dei nodi rispetto ai quali il Centro servizi si pone come pivot di rete:

- la rete dei servizi di strada (unità di strada, servizi di educativa di strada per adulti);
- la rete dei Centri diurni;
- le strutture di accoglienza notturna: dormitori (dormitori di emergenza; dormitori gestiti con continuità durante l'anno), comunità (residenziali e semiresidenziali per l'assistenza prolungata, include micro-comunità e servizi di accoglienza notturna a forte integrazione socio sanitaria);
- gli alloggi (inclusi alloggi utilizzati per progetti *Housing First* e *Housing Led*);
- i servizi di supporto in risposta ai bisogni primari (mense e centri di distribuzione, servizi per la cura e l'igiene delle persone);
- gli sportelli per la residenza anagrafica fittizia;
- il sistema di coordinamento della distribuzione dei beni materiali (destinati sia alla distribuzione in strada sia di accompagnamento all'autonomia e ai percorsi di integrazione) acquistati con le risorse del PO FEAD;
- l'integrazione con i servizi competenti in materia di politiche abitative.

Risulta centrale la partecipazione degli enti Terzo settore, da attivarsi anche attraverso la promozione di **percorsi di coprogrammazione** e successivi bandi di coprogettazione, soprattutto laddove si voglia consolidare la partnership pubblico privato e la coerenza delle azioni territoriali. Il Centro servizi per il contrasto alla povertà può favorire l'integrazione anche con altri servizi, non di competenza dell'amministrazione, con particolare riferimento ai Servizi sanitari (dipendenze; post acute; salute mentale; altri servizi specialistici). A questo proposito risulta importante il collegamento operativo con le AUSL sia all'interno delle Società della salute che nell'ambito delle convenzioni socio-sanitarie.

Su questo tema importante si rimanda anche a quanto indicato dalla d.g.r. 1508/2022<sup>7</sup> rispetto alle Case della comunità e alla previsione di un **Punto di accesso integrato** sociale e sanitario che, come prevede la delibera stessa, si interfaccia con la funzionalità dei Centri servizi secondo una ottica di proattività e di intervento in merito alle asimmetrie di accesso soprattutto per persone in condizioni di marginalità<sup>8</sup>.

Si rileva la necessità di valorizzare e integrare l'operatività della rete di servizi e sportelli presenti nei territori in relazione con il servizio sociale professionale e il segretariato sociale in particolare.

7 d.g.r. 1508 del 19/12/2022 La programmazione dell'assistenza territoriale in Toscana in attuazione del Decreto del Ministero della salute 23 maggio 2022, n. 7

8 Si veda a questo proposito: Feantsa (2023), Homelessness is a health issue: A truly comprehensive European approach to mental health must consider the needs and access of people experiencing homelessness, Brussels, June, available on [https://www.feantsa.org/en/feantsa-position/2023/06/20/homelessness-is-a-health-issue-a-truly-comprehensive-%20european-approach-to-mental-health-must-consider-the-needs-and-access-of-people-experiencing%20homelessness\\_full.pdf](https://www.feantsa.org/en/feantsa-position/2023/06/20/homelessness-is-a-health-issue-a-truly-comprehensive-%20european-approach-to-mental-health-must-consider-the-needs-and-access-of-people-experiencing%20homelessness_full.pdf); Aldridge R. (2018), Inclusion health. Understanding extreme health inequity and what works to reduce it, in Magazine of FEANTSA, Homeless in Europe, Autumn 2018; Anderson I. et al. (2006), The Changing Role of Service Provision: Barriers of Access to Health Services for Homeless People, FEANTSA; Baggett T.P., O'Connell J.J., Singer D.E. et al. (2010), The Unmet Health Care Needs of Homeless Adults: A National Study, in American Journal of Public Health 100(7) pp.1326-1333.

Come indicato anche nella citata scheda tecnica 3.7.3, è auspicabile che il Centro servizi operi in modo integrato con i Punti unici di accesso (il PUA è la struttura che garantisce l'accesso unitario alla rete della domiciliarità, residenzialità, semi-residenzialità e il sistema integrato dei servizi socio-sanitari) o ne faccia parte integrante.

Si ritiene infatti fondamentale l'**integrazione dei servizi di segretariato sociale** all'interno del Punto unico di accesso o nei Centri servizi di contrasto alla povertà in una logica di *One-Stop-Shop*. Su questa linea si pone anche il progetto Reticulate<sup>9</sup>, che ha lo scopo di realizzare quattro *One-Stop-Shop* in quattro aree della Toscana proprio per agevolare la fruizione dei Servizi sociali e di quelli dei servizi per l'impiego da parte della popolazione in condizioni di maggiore vulnerabilità.

Attraverso l'avviso n. 4/2016 del Programma operativo nazionale inclusione e Programma operativo I FEAD (Fondo europeo di aiuti agli indigenti), il Fondo povertà, l'avviso n. 1/2021 PRINS (Progetti di intervento sociale), gli interventi 1.3.1 *Housing First* e 1.3.2 Centri servizi/Stazioni di Posta della missione 5, sottocomponente 2 del PNRR, sono stati finanziati o sono in corso di finanziamento interventi di contrasto alla grave emarginazione adulta e condizione di senza dimora in diverse Zone-distretto toscane.

In particolare, questa la situazione dei progetti presentati sulla linea 1.3.2:

**Tabella 1. Progetti presentati dalle Zone e ammessi a finanziamento sulla linea 1.3.2 Centri servizi/Stazioni di posta – situazione a settembre 2023**

Zona	Ente capofila	Finanziamento assegnato
Alta Val di Cecina-Valdera	Società della salute Alta Val Cecina-Valdera	€ 1.090.000,00
Aretina	Comune di Arezzo	€ 1.090.000,00
Bassa Val di Cecina-Val di Cornia	Società della salute Valli Etrusche	€ 1.090.000,00
Empolese-Valdarno Inferiore	Società della salute Empolese Valdarno Valdelsa	€ 1.090.000,00
Fiorentina Nord-ovest	Società della salute Fiorentina Nord-ovest	€ 180.000,00
Firenze	Comune di Firenze	€ 1.090.000,00
Livornese	Comune di Livorno	€ 1.090.000,00
Lunigiana	Società della salute Lunigiana	€ 1.090.000,00
Pisana	Società della salute Pisana	€ 1.090.000,00
Pistoiese	Società della salute Pistoiese	€ 1.090.000,00
Pratese	Società della salute Pratese	€ 1.090.000,00
Senese	Società della salute Senese	€ 1.090.000,00
Val di Chiana Aretina	Comune di Cortona	€ 545.000,00
Val di Nievole	Società della salute Val di Nievole	€ 1.090.000,00
Versilia	Comune di Viareggio	€ 500.000,00
Piana di Lucca	Comune di Lucca	€ 1.090.000,00
Apuane	Comune di Carrara	€ 1.090.000,00
Valdarno	Comune di Terranuova Bracciolini	€ 1.090.000,00
Amiata Senese e Val D'Orcia-Valdichiana Senese	Società della salute Amiata Senese e Val'Orcia-Val di Chiana Senese	€ 1.090.000,00
<b>TOTALE</b>		<b>€ 18.665.000,00</b>

<sup>9</sup> Progetto promosso da ANCI Toscana e finanziato dall'EU Programme for Employment and Social Innovation (EaSI) nell'ambito dell'azione "Establishing and testing integrated interventions aimed at supporting people in (the most) vulnerable situations persegue l'obiettivo di sperimentare l'integrazione dei servizi e delle opportunità offerte dall'attuale sistema, riconoscendone e superandone la frammentarietà. In Toscana vede coinvolti i Comuni di Capannori e Livorno e le SDS Pistoiese e Grossetana per la realizzazione di one-stop-shop.

I progetti sono ancora in massima parte nella fase iniziale, in alcuni casi stanno partendo i lavori di ristrutturazione; è comunque importante preparare per tempo i territori che dovranno ospitare queste strutture, informando in particolare la cittadinanza, per evitare che vengano percepiti come centri di concentrazione di situazioni potenzialmente pericolose e privi di servizi utili anche per i quartieri dove sono presenti.

Per questo motivo, nell'ambito della formazione agli operatori di cui all'Avviso 4, fio.PSD (Federazione italiana organismi per le persone senza dimora) ha realizzato a giugno 2023 **tre seminari laboratoriali di Area vasta** ad Arezzo, Prato e Pisa con focus anche sul lavoro di comunità, ai quali hanno partecipato gli operatori sociali degli Enti partner di progetto e la rete allargata al Terzo settore e agli operatori di Salute mentale e dipendenze.

Ne è emerso che il Centro servizi dovrebbe:

- Essere **centrale**: sia fisicamente che simbolicamente; un luogo facile da raggiungere ma anche attivo e riconoscibile nel territorio, inserito nelle dinamiche e nel dibattito cittadino, che svolga quindi un ruolo attivo (non marginale) nell'animazione del tessuto sociale.
- Essere **aperto**: che riduca le barriere di accesso per chi è nel bisogno o per chi è a rischio di scivolare in una condizione di bisogno.
- Facilitare la **presa in carico**: ridurre quindi la filiera e facilitare le procedure, essere avamposto dei servizi: per esempio avere orari di apertura concomitanti con le uscite delle unità di strada, avere la presenza del Servizio sociale per la presa in carico e dei servizi per le dipendenze e per la salute mentale.
- Essere sede dell'**equipe multidisciplinare**, che integri la presa in carico sociale con quella sanitaria.

L'idea è quella di un Centro servizi che svolga un ruolo di **risposta** ma anche di **prevenzione** e questo è realizzabile solo se diventerà un luogo realmente attraversabile dalla cittadinanza.

Per questo motivo risulta fondamentale avviare fin dalla sua ideazione un ampio lavoro di comunità che:

- aggreghi tutti i possibili alleati nella progettazione dell'intervento;
- coinvolga l'associazionismo offrendo anche luoghi per dare sede a realtà non necessariamente legate al sociale ma, anzi, allargare il più possibile ad altri ambiti;
- coinvolga la cittadinanza presentando preventivamente il sorgere del Centro servizi, avendo un'attenzione particolare ai cittadini del quartiere/area/Comune coinvolto;
- promuova iniziative di carattere culturale e socializzante;
- sia un luogo intergenerazionale e interculturale;
- documenti, raccolga dati, produca conoscenza e si occupi di condividerla anche con chi non è addetto ai lavori.

Il punto fondamentale è quindi quello di ripartire da un **diretto coinvolgimento** dei gruppi target per l'individuazione delle barriere di accesso e la definizione di azioni che favoriscano la loro effettiva integrazione nel sistema dei servizi territoriali.

Nel contesto della Comunità di pratica per l'inclusione sociale in Toscana<sup>10</sup> il percorso di lavoro per il 2023 riguarda da vicino i Centri servizi, poiché il tema scelto è quello della porta unitaria di accesso e della presa in carico integrata.

<sup>10</sup> Il progetto nasce nel 2020 nel quadro dell'Accordo di collaborazione tra Regione Toscana e ANCI Toscana finalizzato allo svolgimento e al coordinamento delle azioni previste nelle materie del sociale e socio-sanitario, in collaborazione con Irs (Istituto per la Ricerca sociale di Milano); gli obiettivi sono quelli di evidenziare i bisogni (delle famiglie, dei minori, degli stranieri), effettuare approfondimenti, organizzare le informazioni ed affrontare le pratiche di presa in carico ed integrazione professionale ed interprofessionale degli operatori, favorendo le connessioni fra interventi e percorsi in atto



Nello specifico, si è inteso veicolare e diffondere anche il lavoro svolto con il **progetto Reticulate**: nel seminario di apertura della Comunità di pratica 2023 sono stati presentati alcuni risultati interessanti che qui si riportano.

Sono stati realizzati 2 focus group tematici con i responsabili dei servizi e 37 interviste a persone senza dimora e famiglie vulnerabili con minori, che hanno portato all'identificazione di alcune barriere all'accesso ai servizi:

- **Amministrative**: le procedure burocratiche sono complesse e le risposte standardizzate, i tempi di risposta non sempre adeguati (es. residenza, assistenza sanitaria).
- **Informative**: le persone non hanno sufficienti informazioni (chiare, certe e tempestive) in merito alle opportunità loro destinate.
- **Relazionali**: le persone non si sentono ascoltate in relazione ai propri bisogni (spazi e tempi per creare la relazione, cura della sfera emotiva).
- **Sociali-culturali**: le persone non hanno fiducia nelle istituzioni, rifiutano l'aiuto o temono lo stigma sociale.
- **Linguistiche**: le persone con un background migratorio faticano a comprendere le informazioni ed ad entrare in relazione.
- **Fisiche**: le persone hanno difficoltà a recarsi presso i servizi (distanza, mancanza di collegamenti o trasporti).
- **Di genere**: mancanza di servizi dedicati alle donne e limiti imposti da background culturale.

Questo è dovuto anche ad alcune carenze strutturali, che impediscono o rendono difficoltosa la copertura dei bisogni.

Dal confronto ne sono emerse diverse e le principali sono:

- Continuità dei servizi legata alla disponibilità di risorse e di fondi
- Servizi organizzati in maniera rigida e standardizzata
- Difficile collaborazione con altri servizi territoriali (AUSL, CPI, Patrimonio)
- Sotto-dotazione e turnover degli operatori
- Fronteggiamento di emergenze continue (pandemia, crisi Ucraina, ecc)
- Difficoltà a dare risposta al disagio abitativo.

Il progetto Reticulate ha studiato anche esperienze estere e il confronto con gli *One-Stop-Shop* di Germania, Grecia, Belgio, Spagna ha evidenziato alcune caratteristiche interessanti che potrebbero essere mutate nei costituendi Centri servizi toscani:

- Promuovere il co-design del modello (anche con i beneficiari).
- Formalizzare la collaborazione istituzionale tra gli enti e le organizzazioni coinvolte, per legittimare l'integrazione operativa.
- Superare la frammentazione tra i servizi, attraverso:
  - la centralità della figura del case manager con un ruolo anche di raccordo tra professionisti;
  - la condivisione di spazi;
  - lo sviluppo di strumenti diagnostici e progettuali comuni;
  - l'investimento sul reclutamento e la formazione di (micro) team integrati;
- Investire sulla interoperabilità tra sistemi informativi o almeno su uno scambio informativo strutturato.

In particolare, gli **approcci partecipativi** stanno assumendo sempre più importanza nel settore dei servizi rivolti alle persone in condizione di vulnerabilità; essi mirano a promuovere un ruolo attivo della persona accolta e a renderla partecipe delle decisioni e delle azioni che riguardano il percorso di sostegno che si vuole intraprendere.

Quando si utilizzano approcci partecipativi, le misure di intervento e la presa in carico non si limitano a rispondere ai bisogni primari in maniera standardizzata e prestazionale, ma promuovono la partecipazione della persona nella definizione del proprio percorso di inclusione, raccolgono opinioni, idee e desideri che possono influenzare il percorso di recupero e la motivano rispetto ai servizi che vorrebbe, agli obiettivi da raggiungere attivando le risorse/capacità che la persona possiede.

Quello che emerge dal lavoro di Reticulate è che il Punto di accesso (*One-Stop-Shop*) dovrà essere integrato nella rete dei servizi territoriali e costituire un luogo accessibile, facilmente individuabile, accogliente e dovrà prevedere, pur in specifici e delimitati spazi di tempo e orario, la compresenza di professionisti del centro per l'impiego sia di professionisti del sociale (Servizi Territoriali). Il *One-Stop-Shop* non dovrà essere obbligatoriamente una nuova struttura ma anche una sede già esistente, organizzata secondo i criteri dei *One-Stop-Shop* e potrà ospitare al proprio interno **servizi e opportunità diverse** per la cittadinanza nell'ambito sociale, educativo, formativo, culturale nella prospettiva del *Community Center*.

Si prevede sia un accesso diretto con un orario di apertura al pubblico che contempli anche la compresenza degli operatori dei servizi, sia un accesso su appuntamento.

Le **modalità di accesso** dovranno tener conto delle specifiche barriere che i diversi target di popolazione possono avere promuovendo nello specifico modalità di ascolto efficace.

L'accesso diretto e l'accesso su appuntamento sono da considerare entrambe modalità utili; l'accesso su appuntamento si affiancherà come ulteriore servizio all'accesso diretto e dunque potranno essere entrambe presenti nell'attuazione della presa in carico territoriale pur con diverse modalità e organizzazione.

I **laboratori** dedicati a questo tema sono continuati anche nell'ambito dell'accordo di collaborazione stipulato tra Regione e Caritas Toscana volto a sviluppare **azioni e percorsi innovativi** nell'area sociale a sostegno della programmazione e gestione del welfare locale.

Nel mese di ottobre si è tenuto infatti un ciclo di tre incontri seminariali, uno per ogni Area vasta, che hanno coinvolto operatori di Servizi sociali, Caritas, Salute mentale, Dipendenze, Centri per l'impiego ed Enti del Terzo settore sul lavoro di comunità nell'ambito dei nuovi Centri servizi.

Sono stati organizzati momenti di lavoro in gruppo, che hanno fatto emergere buone pratiche, nodi da sciogliere, proposte e suggerimenti discussi poi in plenaria nell'ottica di superare le barriere di accesso e definire **modelli organizzativi maggiormente integrati**.

# LE LINEE GUIDA PER L'INTEGRAZIONE SOCIALE - LAVORO

Cristina Corezzi (Regione Toscana), Andrea De Conno (Federsanità ANCI Toscana)

## L'INTEGRAZIONE INTERSETTORIALE

Il Piano di contrasto alla povertà<sup>11</sup>, nel porsi come priorità quella di uscire dalla mera erogazione di risorse monetarie – caratteristica categoriale del nostro sistema di welfare (un quarto circa delle prestazioni dei Servizi sociali si traducono in trasferimenti in denaro) – attraverso la presa in carico come processo di “praticabilità del diritto” dei cittadini e delle cittadine espresso nel LEP, deve poter dialogare con il sistema dei Centri per l'impiego, ma rafforzare già dall'impianto di pianificazione il rapporto con scuola, politiche abitative, servizi per le dipendenze, servizi per la salute mentale, servizi per la disabilità, in un sistema che coinvolga anche gli Enti del Terzo settore come co-protagonisti.

I percorsi attivati hanno progressivamente incluso la **dimensione occupazionale-lavorativa** promuovendo la partecipazione del settore lavoro di Regione Toscana e dell'Agenzia regionale Toscana per l'Impiego (ARTI), proprio in relazione alla necessità di **costruire pratiche integrate** centrate sulla persona, ovvero percorsi interprofessionali e multidimensionali che orientassero alla **realizzazione di micro equipe sociale-lavoro**.

L'integrazione tra i due settori era stata prevista dalle norme che hanno introdotto le misure nazionali di contrasto alla povertà (prima con il Reddito di inclusione e poi con il Reddito di cittadinanza) ma affonda le sue radici anche in pratiche precedenti, quali i tirocini di inclusione, il collocamento mirato delle persone con disabilità, il Programma operativo regionale e il progetto regionale Giovanisi, finanziato dal Fondo sociale europeo, per l'autonomia dei giovani.

L'integrazione tra operatori del sociale e del lavoro si è resa quindi sempre più necessaria e lo sarà maggiormente in futuro, dopo l'abolizione del Reddito di cittadinanza e l'introduzione delle due nuove misure Assegno di inclusione (ADI) e Supporto alla formazione e lavoro (SFL) che formalmente separano i percorsi ma che nella pratica porteranno alla necessità di una stretta interazione tra i due settori.

L'effettiva collaborazione non è però omogenea su tutto il territorio toscano: è quindi estremamente utile poter condividere gli strumenti e le modalità di lavoro che possono essere mutuati anche in luoghi diversi da quelli in cui sono stati progettati, con i necessari aggiustamenti.

Per questo già a partire dal 2021 è stato avviato all'interno della Comunità di pratica per l'inclusione sociale in Toscana (nata nel 2020 dalla collaborazione tra Regione Toscana, ANCI Toscana e l'Istituto di Ricerca sociale di Milano Irs)<sup>12</sup> un **percorso di interazione** tra Servizi sociali e del lavoro, con l'attivazione di un'apposita call per la raccolta e lo scambio di buone pratiche, strumenti e modelli di lavoro tra territori a sostegno delle vulnerabilità.

Dopo un inquadramento della governance del sistema e dell'organizzazione dei servizi, attraverso un lavoro di mappatura delle principali esperienze in campo in Toscana, ci si è concentrati sulle esperienze più interessanti di integrazione interprofessionale. Perno intorno a cui ci si è mossi è stato il lavoro di équipe, quale luogo per eccellenza di ricomposizione tra professioni, servizi e risorse finanziarie.

<sup>11</sup> Sia quello nazionale contenuto nel Piano nazionale degli interventi e dei Servizi sociali 2021-2023 (<https://www.lavoro.gov.it/priorita/Documents/Piano-Nazionale-degli-Interventi-e-dei-Servizi-Sociali-2021-2023.pdf>) sia l'Atto di programmazione regionale approvato con d.g.r. 557/22

<sup>12</sup> Si veda nota 11 Infra, Centri Servizi: barriere all'accesso e presa in carico integrata

Cronologicamente significativo risulta poi l'intreccio con il **Programma Garanzia occupabilità dei lavoratori** – GOL: un'azione di riforma del sistema delle politiche attive del lavoro e della formazione professionale promossa nell'ambito della Missione 5 Componente 1 Riforma 1.1. del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), finanziato con i fondi europei di Next Generation EU e attuato da Regione Toscana attraverso il già citato Piano attuativo regionale (delibera 302 del 14/3/2022) approvato da ANPAL con nota 7395 del 6/6/2022.

Proprio lo sviluppo della riflessione sul Programma GOL ha dato impulso alla rilettura critica di un approccio tipico del settore lavoro: le procedure di **profilazione e clusterizzazione della popolazione**. Senza perdere la centralità del progetto personalizzato proprio di una cultura dell'intervento più tipicamente sociale, si è cercato di individuare i profili-tipo delle persone che si rivolgono ai servizi e mappare le possibili risposte con gli strumenti e le risorse disponibili tra sociale e lavoro: tutto ciò tenendo conto dei differenti profili di fragilità e attivabilità e dunque promuovendo un approccio di capacità complessiva.

Il **reinserimento lavorativo** è infatti punto di partenza e terreno di incontro dove fare confrontare le diverse professionalità e trarre sintesi dagli stimoli provenienti dalle specifiche competenze. L'obiettivo è l'individuazione di strumenti multidimensionali e complessi centrati sulla necessità a) di conservare percorsi di capacità e b) di individuare e condividere con i destinatari di ciascun intervento traguardi concreti e negoziabili.

Nel secondo semestre del 2022, la comunità di pratica ha ulteriormente ampliato lo sguardo per ricomprendere anche i servizi connessi alle Dipendenze e alla Salute mentale entrando dunque a pieno nello spazio della multidimensionalità e della recovery. Centrale il tema del funzionamento di equipe multiprofessionali con un grado elevato di sistematicità, coerenza, omogeneità e diffusione territoriale.

Utilizzare questo modello operativo permette di valorizzare e disseminare anche l'esperienza

in corso nel progetto Reticulate, attualmente sperimentato in 4 zone della Toscana, che vede insieme i Servizi sociali e i servizi dei Centri per l'impiego collaborare, per quanto necessario, in modalità congiunta anche fisicamente in luoghi unitari di accesso con una focalizzazione su target specifici caratterizzati da forti asimmetrie di accesso: le persone senza dimora e le famiglie italiane e straniere con minori destinatari o non destinatari di misure di sostegno.

Il progetto ha sperimentato il *One-Stop-Shop*, come in Europa viene ormai definito in più Stati membri, un modello organizzativo che configura come un luogo o una rete di luoghi di accesso integrati, soprattutto nei territori delle cosiddette aree interne, che, ponendo come centrale la persona, tende a essere non solo un **punto di facile riconoscimento e di accesso** per i cittadini e le cittadine, ma un luogo di immediata integrazione che, senza elidere le specifiche professionalità, le metta in linea e ne potenzi le capacità di informazione, presa in carico integrata, progettazione condivisa. La **centralità della persona** implica anche un lavoro costante di integrazione tra misure diverse, compito non proprio facile per i territori, quali quelle del Programma del PNRR GOL, di cui si dirà subito dopo, quelle del PR FSE+ 2021-2027 di cui alla d.g.r. 1200 del 16/19/2023 con un significativo sforzo di favorire la partecipazione del beneficiario e della beneficiaria con il suo portato di problemi, diritti, ma anche di risorse e indicazioni preziose, così come sperimentato proprio nel corso di Reticulate con specifiche interviste fatte alle persone nei territori

Il panorama del rapido cambiamento delle misure e della frammentazione della presa in carico, rende sempre più urgente mettere al centro il modello organizzativo *One-Stop-Shop*, inteso come **porta unitaria di accesso** con percorsi di presa in carico integrata.

Questo approccio integrato e centrato sulle persone persegue una chiara dimensione universalistica e, oltre a facilitare l'accesso per le persone che più difficilmente accedono ai servizi, funge da connessione con percorsi GOL e le previste equipe multi-professionali, i futuri percorsi ADI e SFL, i percorsi che verranno sviluppati sulla scorta dei fondi FSE Plus nei PR e nei

PN, la rete dei presenti e futuri Centri servizi come previsti dalla misura 5C2 investimento 1.3.2, le reti di sportelli tematici e di interventi di comunità posti in essere, spesso con **strumenti di amministrazione condivisa**, da Enti del Terzo settore e da agenzie caritative nelle zone toscane. Ulteriore effetto di facilitazione si potrà avere nel coinvolgimento a livello di equipe di valutazione multidimensionale dei servizi per le dipendenze e la salute mentale, costituendo appunto luoghi unitari in colloquio peraltro con le case di comunità delineate nel d.m. 77/22 e ulteriormente articolate e conformate al modello integrato di presa in carico toscano nella d.g.r. 1508/2023.

Pertanto per il 2023, il focus della Comunità di Pratica verte su questi punti:

- condivisione degli elementi fondamentali del modello *One-Stop-Shop*;
- prefigurazione dei percorsi di accesso e di presa in carico multidimensionale;
- integrazione tra professionalità diverse di natura sociale, lavorativa, sanitaria;
- attivazione della rete degli enti del Terzo settore.

## IL PERCORSO DI ELABORAZIONE

L'all. A delle linee guida "Tavolo regionale della Rete della protezione e dell'inclusione sociale - Funzioni e organizzazione" alla d.g.r. 917/21 all'art. 6 specifica che per particolari argomenti che necessitino approfondimenti tecnici o in vista della definizione di documenti o strumenti operativi di interesse regionale, la **Cabina di regia tecnica** del tavolo regionale può costituire gruppi di lavoro ristretti.

Alla luce del percorso già avviato e descritto sopra, a dicembre 2022 è stato costituito un gruppo di lavoro tra rappresentanti degli Ambiti territoriali facenti parte della Cabina di regia, rappresentanti di ANCI, funzionari del settore lavoro e del settore welfare e innovazione sociale della Regione Toscana e rappresentanti di Arti per l'elaborazione di **linee guida per l'integrazione sociale-lavoro**.

Da questi incontri sono emersi alcuni punti di snodo importanti, che si è cercato poi di includere e veicolare nella stesura delle linee:

- Necessità della definizione di un linguaggio comune.
- Presenza di differenze territoriali e organizzative (territori "privilegiati" vedono un'integrazione molto forte fra Servizi sociali, Centri per l'impiego e altre competenze, cooperazione tra enti pubblici e Terzo settore e varietà dei servizi offerti o attivabili).
- Problemi di stereotipo nei confronti dei servizi che possono portare all'allontanamento da parte dell'utente o a reazioni avverse di rifiuto e sospensione dei rapporti con gli operatori.
- Necessità di tempi e spazi di discussione di équipe: l'analisi comune tra operatori di diversi enti permette di affrontare meglio la complessità del bisogno economico/lavorativo, sociale e abitativo.
- Difficoltà di messa a punto di équipe operative e collaborative: differenti identità professionali e diverso prestigio professionale riconosciuto e/o percepito possono creare conflittualità.
- Mancanza di una mappatura degli strumenti a disposizione attivabili e loro veicolazione.
- Questione complessa sulla privacy per la trattazione di alcuni casi e lo scambio di informazioni.
- Problemi di accessibilità alle banche dati pubbliche.
- Difficoltà nell'utilizzo di fondi strettamente categorizzati.

Il documento scaturito dal lavoro del gruppo è stato discusso nella seduta dell'11 maggio 2023 del Tavolo regionale della rete per la protezione e l'inclusione sociale, allargata ai rappresentanti del Terzo settore.

Le linee sono state poi approvate con d.g.r. 544 del 15/05/2023 che è stata recentemente portata all'attenzione anche del gruppo di lavoro ministeriale che sta elaborando la definizione di soggetti svantaggiati ai fini ADI.

L'atto ha previsto anche un ulteriore step che sarà quello di supportare la **strutturazione delle equipe sociale-lavoro** definendo una cornice operativa flessibile che si adatti alle varie peculiarità territoriali.

Di seguito si riportano i contenuti operativi delle linee guida, che riguardano le equipe multiprofessionali e la strutturazione di un servizio specifico di inclusione e lavoro .

### EQUIPE MULTIPROFESSIONALI

Il già citato Atto regionale di contrasto alla povertà, nel rilevare la diffusione non omogenea sul territorio della costituzione di equipe, pone come obiettivo quello di formalizzare le equipe di presa in carico multidimensionali almeno nel 70% delle Zone-distretto, promuovendo in particolare il coinvolgimento dei servizi socio-sanitari e degli uffici per le politiche abitative.

Lo stesso Atto inserisce tra le linee strategiche la costruzione di micro équipe territoriali tra Centro per l'impiego e Servizi sociali anche con la semplificazione dei percorsi di accesso per gli "utenti" e per favorire una concreta condivisione di strumenti e linee guida per la presa in carico e la redazione di progetti personalizzati multidimensionali, soprattutto per le persone in condizioni di maggiore vulnerabilità.

Questo perché è fondamentale costituire o rafforzare le relazioni organizzative non solo informali tra operatori del Servizio sociale, operatori dei Servizi socio-sanitari (dipendenze, salute mentale, servizi consultoriali), operatori delle politiche abitative e area delle politiche educative e scolastiche, particolarmente importante a fronte della crescita della povertà educativa.

Per questo motivo l'obiettivo primario delle linee guida è la **diffusione delle equipe integrate su tutte le zone**.

L'equipe non distinguerà più tra le varie progettualità ma tratterà tutti i casi in cui sia richiesta un'integrazione socio-lavorativa. Anche per l'equipe permane la necessità di **linguaggio e formazione condivisi**, oltre che strumenti di lavoro, anche digitali, comuni e integrati per lo scambio di informazioni, finalizzato alla presa

in carico integrata dell'utente, e per il superamento degli ostacoli al lavoro di squadra.

#### Equipe essenziale

Presenza di una equipe minima (o essenziale) Centro impiego/Servizio sociale strutturalmente definita nella composizione e nel funzionamento con una modalità che permetta ai diversi territori toscani di articolare il servizio secondo le caratteristiche geografiche, demografiche, sociali, di governance del territorio stesso.

#### Equipe allargata

Integrazione con tutti i servizi e soggetti del Terzo settore chiamati in campo nelle diverse tipologie di svantaggio ed in particolare servizi dipendenze e salute mentale, nel caso ci fosse una complessità collegata al loro ambito di intervento, rafforzandola con la loro presenza secondo un approccio di recovery e risolvendo i problemi connessi con la privacy nei processi di lavoro multi-professionali dell'equipe.

### SERVIZIO INTEGRATO INCLUSIONE E LAVORO (SIIL)

Il modello finale a cui le linee guida vorrebbero condurre è quello di un **servizio permanente, riconoscibile e accessibile** che possa fare da "pivot" rispetto alla rete dei servizi, con personale dedicato volto principalmente ai processi di inclusione e lavoro su tutti i territori toscani, che non duplichi l'esistente, ma lo integri strutturalmente e che, in tempi connessi con gli obiettivi del progetto personalizzato concordato con la persona stessa, la accompagni in un percorso di occupabilità che ricomponga, anche con modalità di network, le diverse dimensioni del bisogno e delle aspirazioni.

Si rivolge alle persone in situazione di fragilità e vulnerabilità sociale in carico ai servizi che necessitano di un approccio integrato e di sostegno per percorsi personalizzati di inclusione e cittadinanza.

La centralità della persona è importante tanto quanto la necessità di non costruire un servizio che operi solo con modalità di "ricevimento", ma che abbia la possibilità e gli strumenti per essere **proattivo nei confronti delle persone** stesse, facendo del tempo una variabile dipendente e non preconstituita rispetto agli esiti ricercati.

Importante sottolineare che il SILL, data la marcata caratteristica istituzionale di permanenza, potrebbe necessitare di un luogo nella sovrastruttura regionale dove raccordarsi con le parti sociali per progettare, individuare fabbisogni e/o criticità.

Il SILL è pensato come servizio di secondo livello, non ad accesso diretto ma con segnalazione da parte di altri Servizi ed Enti del Terzo settore (ad esempio, dei Servizi dipendenze, Salute mentale, Cooperative sociali, Associazioni di volontariato ecc.).

In una prospettiva di più lungo periodo, si può pensare a un **sistema unitario e coordinato di accesso** che, nelle modalità più favorevoli all'assetto territoriale, renda tuttavia e riconoscibile alle cittadine e ai cittadini, luogo/luoghi dove poter accedere a un servizio integrato sociale e lavoro.

Questi luoghi non dovranno creare duplicazioni rispetto ai punti di accesso già esistenti ma incardinarsi nelle strutture già attivate (segretariato sociale, PUA, Centri servizi per il contrasto alla povertà, CPI ecc.). In prospettiva l'obiettivo è quello di fare in modo che il cittadino possa essere facilitato nei percorsi di accesso ai servizi, nella logica *One-Stop-Shop*.

## PRESA IN CARICO, STRUMENTI E COLLABORAZIONI

È necessario che il servizio si doti di **strumenti di accompagnamento**, tenendo conto dell'estrema complessità del target cui ci si rivolge, specialmente per la popolazione che con difficoltà può intraprendere percorsi occupazionali e che necessita di tempo e di esperienze ben coordinate e concordate nella modalità del progetto personalizzato. In prospettiva, potrebbe essere definito l'utilizzo di strumenti condivisi quali schede per la raccolta di informazioni, analisi della domanda, definizione degli obiettivi a breve e lungo termine.

In particolare risulta necessario definire con cura, trovare gli elementi di appropriatezza e le possibili propedeuticità di strumenti quali: inserimento socio-terapeutico, tirocini formativi, borse lavoro ecc. uniformandone e caratterizzandone l'utilizzo.

In questi processi risulta particolarmente preziosa la collaborazione con soggetti privati e del Terzo settore che erogano i servizi, finalizzata al miglioramento del processo di presa in carico e di accompagnamento alla realizzazione degli obiettivi concordati nel progetto personalizzato, con servizi di scouting e matching che possano prevedere anche servizi di tutoraggio.

Diventa quindi importante l'elaborazione - prevista dalla stessa d.g.r. 544/2023 e che prenderà avvio nei prossimi mesi - di una linea guida operativa leggera che rappresenti una sorta di **vademecum** per le equipe stesse. Tale linea guida dovrà prevedere una parte comune di livello regionale e potrà essere arricchita dalle indicazioni derivanti dalle opportunità caratteristiche dei territori e dalle programmazioni integrate zonali in essere.

## DOPO IL REDDITO DI CITTADINANZA: L'IMPATTO SULLE INFRASTRUTTURE SOCIALI

Cristina Corezzi (Regione Toscana), Andrea De Conno (Federsanità ANCI Toscana)

Il decreto legge 4 maggio 2023, n. 48 - cosiddetto decreto lavoro - recante "Misure urgenti per l'inclusione sociale e l'accesso al mondo del lavoro" (convertito con l. n. 85 del 3 luglio 2023) contiene numerose azioni rivolte a famiglie, lavoratori e imprese, con l'obiettivo di favorire e incentivare l'inclusione nel tessuto produttivo e l'accesso al mondo del lavoro; fra queste, l'Assegno di inclusione e il Supporto per la formazione e il lavoro.

- **Assegno di inclusione** (ADI) - viene istituito dal primo gennaio 2024, come misura di contrasto alla povertà, fragilità ed esclusione sociale delle fasce deboli di popolazione, tramite l'attivazione di percorsi di inserimento sociale, formazione, lavoro e politiche attive del lavoro. Il contributo economico spetta a tutti i nuclei familiari caratterizzati dalla presenza di persone con almeno 60 anni, disabilità, minori o componenti in condizione di svantaggio, inseriti in programmi di cura e assistenza dei servizi socio-sanitari. L'importo dell'assegno integra il reddito familiare fino alla soglia di 6mila euro annui moltiplicati per il corrispondente parametro della scala di equivalenza e il beneficio è erogato per massimo 18 mesi, rinnovabili, per periodi ulteriori di 12 mesi previa sospensione di un mese; l'Assegno di inclusione deve essere richiesto telematicamente all'INPS o presso i CAF.
- **Supporto per la formazione e il lavoro** (SFL) - si tratta di uno strumento attivo dal primo settembre 2023 e utilizzabile da parte di tutti i componenti tra i 18 e i 59 anni dei nuclei familiari con ISEE non superiore a 6mila euro (non aventi i requisiti per accedere all'Assegno di inclusione - può essere utilizzato anche da componenti dei nuclei che percepiscono l'Assegno in particolari condizioni); consiste nella partecipazione a progetti di formazione, qualificazione e riqualificazione professionale, orientamento, accompagnamento al lavoro e politiche attive del lavoro: l'interessato riceve 350 euro mensili, per un massimo di 12 mesi per il periodo di partecipazione ai progetti.

La **richiesta di accesso** a entrambi gli strumenti avviene **telematicamente** tramite la medesima piattaforma. In seguito il richiedente viene convocato dai Servizi sociali (per ADI) per la sottoscrizione del patto di inclusione (previa valutazione multidimensionale) o dai servizi per il lavoro (per SFL) per sottoscrivere un patto di servizio personalizzato per ricevere offerte di lavoro o inserirsi autonomamente in percorsi di formazione.

In particolare, per quanto riguarda ADI i beneficiari devono presentarsi per il primo appuntamento presso i Servizi sociali entro 120 giorni dalla sottoscrizione del patto di attivazione digitale. Successivamente, ogni 90 giorni, i beneficiari, diversi dai soggetti attivabili al lavoro, sono tenuti a presentarsi ai Servizi sociali, o presso gli istituti di patronato, per aggiornare la propria posizione: in caso di mancata presentazione, il beneficio economico è sospeso.

I Servizi sociali eseguono una **valutazione multidimensionale dei bisogni** del nucleo familiare, finalizzata alla sottoscrizione di un patto per l'inclusione. Nell'ambito di tale valutazione, i componenti del nucleo familiare, di età compresa tra 18 e 59 anni, attivabili al lavoro e tenuti agli obblighi di partecipazione al Percorso personalizzato di inclusione sociale e lavorativa (di cui all'art. 6 del decreto lavoro), vengono avviati ai Centri per l'impiego ovvero presso i soggetti accreditati ai servizi per il lavoro, per la sottoscrizione del **Patto di servizio personalizzato**.



Come si vede da questa breve sintesi sulle principali caratteristiche delle nuove misure, si possono evidenziare alcune situazioni che avranno un impatto sull'organizzazione territoriale.

Formalmente le due misure sono separate e prevedono percorsi specifici nei Servizi sociali o presso i Centri per l'impiego: in realtà, l'interazione tra i due servizi è sempre necessaria, sia per il fatto che nello stesso nucleo possono coesistere percettori di ADI e percettori di SFL sia perché la valutazione multidimensionale continua ad avere un ruolo fondamentale (si ricordi che sebbene ADI non sia più un LEPS come lo era il RDC, sono LEPS tutti gli interventi che vengono messi in atto per l'attuazione dei Patti).

Questo anche perché, a differenza del RDC per il quale l'indirizzamento del beneficiario a Servizi sociali o CPI avveniva in via amministrativa, con le nuove misure sarà solo la valutazione multidimensionale a determinare il beneficio a cui accedere.

In questo quadro quindi la d.g.r. 544 del 15/05/2023 che ha approvato le Linee guida per l'integrazione sociale-lavoro<sup>13</sup> costituisce una base importante perché prefigura la costituzione di **equipe multiprofessionali per i soggetti fragili in tutte le Zone** e, in prospettiva, la strutturazione di un servizio specifico di inclusione e lavoro.

Per quanto riguarda l'impatto sul lavoro dei servizi, entrambe le misure prevedono che i beneficiari si rechino a verificare la sussistenza dei requisiti ogni 90 giorni: questo porterà un maggior carico di lavoro su servizi, che già si erano trovati in difficoltà a prendere in carico i soggetti percettori di RDC. Tra l'altro, dato che anche i patronati sono abilitati ad effettuare queste verifiche e non essendo questi in rete con i Servizi sociali, non è al momento chiarito come sarà possibile controllare da parte dei Servizi se la verifica sia già stata fatta dai patronati, col rischio di fare doppio lavoro.

Si tenga conto che nel 2023 RDC ha una durata massima di 12 mesi per famiglie con anziani >60 anni, disabili e minori. Per tutti gli altri la durata sarà di 7 mesi, a meno che non siano stati presi in carico (effettuazione dell'analisi preliminare) dai Servizi sociali entro il termine dei sette mesi: la scadenza per la presa in carico era stata stabilita inizialmente al 31/07/23, ma dai dati elaborati dal Ministero nei primi mesi del 2023 è emerso che sarebbe stato impossibile per molti territori riuscire a effettuare tutte le analisi preliminari nei termini, prefigurando la perdita del beneficio per numerosi soggetti. Con la conversione del decreto in legge la scadenza è stata posticipata al 31 ottobre 2023 e successivamente ulteriormente prorogata al 30 novembre 2023, ma permangono comunque criticità: in particolare in questa fase transitoria ad esempio si rilevano difficoltà quando i soggetti beneficiari sono transitati da un CPI per poi essere inviati ai Servizi sociali, in quanto le loro domande non risultano visibili sulla piattaforma Gepi e pertanto non possono essere presi in carico.

Un'altra novità introdotta dalla normativa che dovrà essere attentamente valutata è quella relativa all'iscrizione del richiedente al Sistema informativo per l'inclusione sociale e lavorativa (SIISL), al fine di sottoscrivere un **patto di attivazione digitale**. Non è previsto alcun supporto al cittadino su questo passaggio (era stato chiesto in fase di emendamento ma poi non approvato che i patronati potessero accompagnare le persone anche in questa fase e non solo per la presentazione della domanda): per i soggetti svantaggiati questo rischia di essere un problema non indifferente. Dato che nelle previsioni del Ministero c'è anche un decreto attuativo riguardante le funzioni del segretario sociale, con molta probabilità saranno introdotte anche azioni che vadano a supportare questa fase.

L'ultima considerazione riguarda la platea di beneficiari. Il RDC era una misura universalistica (misura condizionata alla sola prova dei mezzi, secondo il principio dell'universalismo selettivo) mentre l'ADI ha un **impostazione categoriale** che escluderà dal beneficio diversi soggetti, soggetti che in qualche modo però i Servizi dovranno prendere in carico.

Il problema è emerso subito dopo la pubblicazione del d.l. 48/2023, ad esempio, per le persone senza dimora o in marginalità estrema.

<sup>13</sup> Per gli approfondimenti, si veda Infra, Le linee guida per l'integrazione sociale-lavoro

Rispetto alla prima stesura dove solo i nuclei con almeno 60enni, disabili, minori potevano avere accesso ad ADI, nella conversione in legge c'è stata un'apertura che ha incluso nel beneficio i soggetti in condizione di svantaggio inseriti in programmi di cura e assistenza dei servizi socio-sanitari territoriali certificati dalla pubblica amministrazione. Questa condizione però non è ancora stata normata con esattezza: dovrà sarà chiarita nei successivi decreti attuativi che sono in corso di elaborazione in gruppi tecnici varati dal Ministero.

Si intende infatti **estendere la fruizione della misura** a quei nuclei familiari in cui siano presenti componenti con certificate forme di disagio psico-sociale, non riconducibili alla presenza di minori, anziani o persone con disabilità certificata. In particolare, si fa riferimento persone in condizione di grave disagio psico-sociale e inseriti in programmi di cura e di assistenza dei servizi socio-sanitari territoriali in esito alle specifiche attività di valutazione multidimensionale, per i quali sia stata accertata e certificata, anche ai sensi dell'articolo 4, commi 1 e 4 della legge 8 novembre 1991, n. 381, la condizione di fragilità con particolare riferimento all'area della marginalità estrema, della salute, della violenza e del grave disagio psico-sociale e psichiatrico.

Ciò pone alcuni problemi, tra cui la necessità di asseverare sia l'appartenenza alle categorie di svantaggio sia la certificazione della presa in cura/carico, compiti che non sempre sono in capo al medesimo soggetto sollevando criticità per lo scambio di dati e informazioni sensibili.

Questo conduce all'ulteriore necessità di stabilire **modalità di collaborazione tra istituzioni diverse** (Giustizia, Sanità, Sociale) che mettano gli operatori in grado di superare tali ostacoli.

Anche questo evidenzia l'importanza della strutturazione di equipe multidisciplinari stabili e definite nei ruoli e nei percorsi, come altrettanto necessaria è la definizione di reti istituzionali tra i servizi e le risorse del territorio.

In particolare, per il raggiungimento di risultati concordati e condivisi (come quelli di sostenere l'adempimento degli obiettivi stabiliti nei patti personalizzati dei beneficiari) le reti devono basarsi su alcuni elementi fondamentali:

- Chiarezza sui fini della misura e sui risultati attesi.
- Creazione di una mappa delle risorse disponibili e dei servizi e sostegni attivabili.
- Formalizzazione della composizione.
- Definizione di protocolli d'intesa/linee guida.
- Definizione di un metodo e di un piano di lavoro comune.
- Condivisione delle informazioni e degli strumenti.

Alla luce di tutto ciò, il **rafforzamento delle infrastrutture sociali** appare oltremodo necessario, sia dal punto di vista del personale<sup>14</sup> sia dal punto di vista della logistica e della rete territoriale da costruire attorno ai punti di accesso ai servizi, tra i quali figurano anche i Centri servizi di contrasto alla povertà<sup>15</sup>.

Attualmente nei territori ci sono diverse porte di accesso, come si vede dalla tabella sottostante.

**Tabella 1. Luoghi di accesso valutazione e progettazione nell'area povertà – Toscana, 1 gennaio 2023**

Tipologia	Area assistenziale: Povertà	% presenza servizi (su 28 zone)
Segretariato sociale	28	100%
Servizio sociale professionale	28	100%
Centri servizi per la povertà estrema	16	57,1%
	72	

Fonte: SIOSS

<sup>14</sup> Vedi su questo tema Infra, Il potenziamento dei Servizi sociali

<sup>15</sup> Vedi su questo tema anche Infra, Centri servizi: barriere all'accesso e presa in carico integrata

Nello specifico, in tutte le 28 Zone sono presenti Servizio sociale e Segretariato sociale mentre la situazione relativa ai Centri servizi per la povertà estrema è la seguente:

**Tabella 2. Centri servizi di contrasto alla povertà – Zone-distretto – 1 gennaio 2023**

Zona	NO	Sì
Alta Val D'Elsa	1	
Alta Val Di Cecina-Valdera		1
Amiata Grossetana-Colline Metallifere-Grossetana		1
Amiata Senese E Val D'Orcia-Valdichiana Senese	1	
Apuane		1
Aretina		1
Bassa Val Di Cecina-Val Di Cornia		1
Casentino	1	
Colline Dell'Albegna	1	
Elba	1	
Empolese-Valdarno Inferiore		1
Fiorentina Nord-ovest		1
Fiorentina Sud-est	1	
Firenze		1
Livornese		1
Lunigiana	1	
Mugello	1	
Piana Di Lucca		1
Pisana		1
Pistoiese		1
Pratese		1
Senese		1
Val Di Chiana Aretina	1	
Val Di Nievole	1	
Valdarno		1
Valle Del Serchio	1	
Valtiberina	1	
Versilia		1
<b>Totale</b>	<b>12</b>	<b>16</b>

Questa situazione è destinata a cambiare a seguito dell'avvio nei prossimi anni dei progetti presentati a valere sulla misura 1.3.2 della Missione 5 Sottocomponente 2 del PNRR<sup>16</sup>.

Il punto fondamentale non sta tanto nel ridurre la quantità dei punti di accesso (in alcuni territori dalla conformazione geomorfologica di difficile accessibilità, è utile anche avere una distribuzione più capillare, per agevolare i cittadini), quanto nel riuscire a mettere in rete tutti questi luoghi. L'obiettivo finale è che la persona, rivolgendosi ad uno sportello, possa trovare **risposta ai bisogni complessi** senza dover passare da un ufficio a un altro per gli appuntamenti o per avere una prima valutazione complessiva.

<sup>16</sup> Ibidem

# **L'integrazione socio-sanitaria per le aree delle disabilità e della non autosufficienza**

# GLI STRUMENTI PER LA PROGRAMMAZIONE INTEGRATA PER LA NON AUTOSUFFICIENZA E LA DISABILITÀ: IL PNNA 2022-2024 E IL PRNA 2022-2024

Giuseppina Attardo, Lorella Baggiani, Nicola Caruso, Sara Madrigali, Paola Morelli (Regione Toscana)

## IL PIANO REGIONALE NON AUTOSUFFICIENZA 2022-2024

Il Piano regionale non autosufficienza per il triennio 2022-2024 (PRNA) è stato approvato con la delibera n. 256 del 13 marzo 2023, in attuazione della previsione dell'articolo 1, comma 3 del DPCM 3 ottobre 2022 che, nell'adottare il Piano nazionale per la non autosufficienza 2022-2024 (PNNA), richiede alle Regioni la **definizione di tale provvedimento programmatico a valere sulle risorse assegnate**.

L'impostazione del PRNA riflette direttamente i cambiamenti e le novità che il PNNA – che contempla anche il riparto del Fondo per le non autosufficienze per il triennio 2022-2024 – ha proposto a seguito dell'emanazione di provvedimenti molto incisivi che hanno interessato il mondo della non autosufficienza e della disabilità.

Deve in tal senso considerarsi una tappa fondamentale la **legge n. 234 del 2021**, “*Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024*”, che, all'articolo 1, commi 159-171, reca **puntuali indicazioni** per il versante sociale della disabilità e della non autosufficienza.

Il **Piano nazionale di ripresa e resilienza** (PNRR) ha riservato, com'è noto, un'attenzione specifica, alle linee di intervento rivolte alle persone con disabilità e agli anziani non autosufficienti mettendo a disposizione risorse mirate e aprendo d'altro canto la strada alla stagione di riforme incentrate sia al rafforzamento dei Servizi sociali territoriali (Missione 5 “Inclusione e coesione”), sia al potenziamento dell'assistenza sanitaria, in particolare di quella territoriale (Missione 6 “Salute”).

Proprio le due riforme previste per la materia della disabilità, già attuata attraverso la **legge n. 227 del 2021**, “*Delega al governo in materia di disabilità*”, e la previsione della legge quadro per il sistema di interventi in favore degli anziani non autosufficienti, rappresentano i pilastri normativi destinati ad accompagnare il consistente fronte di investimenti che il PNRR ha messo in moto.

La proposta di riforma del sistema dei Servizi sociali a favore degli anziani non autosufficienti si basa sull'introduzione di un insieme organico di interventi e sulla definizione dei **Livelli essenziali delle prestazioni** (LEPS) per i quali la citata legge di bilancio 2022 ha fornito un consistente anticipo.

Il **Dm n. 77 del 2022**, “*Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*”, ha poi tracciato le linee per la riforma dell'assistenza territoriale che vede al centro il **nuovo modello organizzativo della rete di assistenza primaria**. Con il recepimento delle indicazioni contenute nel Dm 77 la Regione Toscana, attraverso la delibera di Giunta regionale n. 1508 del 2022, non solo ha assicurato il rispetto degli standard fissati, ma si è posta l'obiettivo di portare a valorizzazione le specificità del modello toscano con lo sviluppo di tutti gli aspetti innovativi che possano permettere al sistema socio-sanitario regionale di mantenere i livelli conquistati.

In questo quadro il concetto del **rafforzamento della presa in carico integrata della persona** rappresenta un punto basilare dal quale si dipana la revisione di tutto il sistema, ridisegnato, a partire dalla deliberazione di Giunta regionale n. 1508 del 2022 poc'anzi richiamata, con i presidi dei **Punti unici di accesso** – PUA – rivolti a tutte le persone non autosufficienti, anziane e con

disabilità, e con il consolidamento dell'attività di valutazione multidisciplinare assicurata dalle **Unità di valutazione multidisciplinare – UVM** – e dalle **Unità di valutazione multidisciplinare disabilità – UVMD**.

L'ultimo tassello è rappresentato dalla **legge regionale 18 dicembre 2008, n. 66** "Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza", norma che ha tracciato i capisaldi del percorso di presa in carico della persona anziana, non autosufficiente e con disabilità, e che richiede quindi un'operazione di aggiornamento proprio alla luce delle novità sul sistema dell'accesso delineate nel Dm 77 e dei percorsi personalizzati e partecipati per le persone con disabilità già definiti nei provvedimenti regionali e in ultimo portati al centro della legge delega n. 227 del 2021.

La legge regionale, così riordinata, consentirà di offrire un quadro di riferimento normativo a tutto il sistema socio-sanitario integrato, affiancandosi in maniera più organica alla **legge regionale 18 ottobre 2017 n. 60**, "Disposizioni generali sui diritti e le politiche per le persone con disabilità", che è già intervenuta a valorizzare la centralità della persona e la necessità di servizi territoriali capaci di sviluppare adeguati livelli di integrazione tra sanità, sociale e socio-sanitario.

Il nuovo PRNA si colloca dunque in un contesto molto articolato di norme e obiettivi di sviluppo che hanno disegnato una **cornice innovativa per l'attività di programmazione socio-sanitaria** cui sono chiamate le Regioni e gli ambiti territoriali, reso più complesso dagli scenari che ancora non vedono conclusi i percorsi di riforma normativa sopra accennati.

La struttura del PRNA riflette questo dato di contesto laddove è tracciato, da un lato il quadro dei principali risultati conseguiti nel triennio immediatamente precedente attraverso il Piano 2019-2021, con l'evidenza degli elementi che apportano continuità alla programmazione, e dall'altro le linee di intervento programmate articolate intorno alle direttrici portanti degli anziani non autosufficienti, della demenza e della disabilità, con i loro specifici contenuti in tema di azioni innovative e di sistema.

La vera e propria matrice di programmazione, che interessa la seconda parte del documento, viene declinata, a partire dal PNNA, nella realtà toscana evidenziando come la struttura organizzativa e le modalità di programmazione assicurate attraverso le Zone-distretto e Società della salute consentano di corrispondere agli indirizzi ed alle funzioni definiti a livello nazionale.

A corredo del PRNA si colloca l'**Accordo di programma** il cui schema tipo è stato approvato con la delibera di Giunta regionale n. 291 del 20 marzo 2023: si tratta dell'accordo proposto dal PNNA come vera e propria strategia di intervento per raggiungere il bersaglio dei LEPS di processo stabiliti dalla legge di bilancio n. 234 del 2021. Nell'Accordo di programma la Regione Toscana ha riconosciuto un'opportunità per rafforzare il quadro di riferimento entro cui si possa irrobustire l'intesa istituzionale necessaria a realizzare una concreta integrazione organizzativa e interprofessionale per l'attuazione dei LEPS di processo.

## **UN DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE INTEGRATA TRA CONTINUITÀ, DISCONTINUITÀ E INNOVAZIONE**

Nella nuova programmazione proposta dal PRNA restano centrali **gli obiettivi e le attività collocate a supporto dei percorsi territoriali**, ritenuti quindi indispensabili per garantire efficacia, chiarezza e certezza nell'erogazione degli interventi e dei servizi. A partire dai bisogni e dai desideri delle persone, in continuità con il precedente PRNA, i principi riconfermati riguardano dunque il miglioramento della qualità, quantità e appropriatezza delle risposte assistenziali a favore delle

persone non autosufficienti, con disabilità e anziane, la promozione di un sistema fondato sulla prevenzione della non autosufficienza e della fragilità, la messa in campo di percorsi che realizzino la vita indipendente e la domiciliarità, la piena inclusione sociale e lo sviluppo delle autonomie.

Sono previsti interventi di assistenza domiciliare in forma diretta e indiretta, inserimenti temporanei o di sollievo in residenza. Trovano continuità anche gli interventi per le persone

con disabilità gravissime attraverso l'assegno di cura e per l'assistente familiare, l'assistenza domiciliare in forma diretta, interventi complementari come ricoveri di sollievo in strutture socio-sanitarie residenziali.

Al contempo, gli interventi contemplati nel PRNA perseguono, a seguito delle indicazioni inedite riportate nel PNNA, l'obiettivo strategico dell'**affermazione dei LEPS**, definibili come l'insieme di interventi, servizi, attività e prestazioni tali da garantire ai cittadini, specie a quelli più fragili, di acquisire qualità di vita, pari opportunità e riduzione delle condizioni di svantaggio e vulnerabilità.

Tra le novità del nuovo PRNA si evidenziano gli **interventi di adattamento domestico per il sostegno della domiciliarità**. All'interno dei servizi di assistenza domiciliare sociale integrata con i servizi sanitari verrà implementato l'adattamento dell'abitazione alle esigenze della persona con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscano la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio. Nel PRNA si constata quanto l'adattamento degli spazi, della domotica e dell'assistenza a distanza, possano dare risposte fondamentali per l'autonomia alla persona non autosufficiente. L'intervento per adattare l'abitazione si struttura dunque come una delle possibili risposte che i servizi possono proporre alla persona.

Altro intervento riguarda il **servizio di sostegno rivolto alla persona anziana** nel momento in cui si presenta per la prima volta una situazione di fragilità: i cosiddetti interventi sociali "di sollievo". È prevista l'attivazione e organizzazione di forme di aiuto mirate alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore, anche sulla base delle esperienze di prevenzione, di solidarietà intergenerazionale e di volontariato locali. È il **servizio Pronto badante**, che con il nuovo PRNA assume una veste fortemente integrata con gli ambiti territoriali. L'intervento viene rafforzato e collegato capillarmente alla rete delle Zone-distretto e Società della salute per consentire una risposta più rapida e vicina.

Ancora, sono messi a disposizione strumenti qualificati per favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari, in collaborazione con l'Agenzia regionale toscana per l'Impiego (ARTI), che garantisce l'esercizio della funzione regionale in materia di mercato del lavoro tramite la gestione dei Centri per l'Impiego.

Restano centrali nelle previsioni del PRNA, i progetti mirati alla conquista di autonomia ed alla sperimentazione della vita indipendente, quali percorsi specifici per assicurare esperienze di inclusione sociale e di autodeterminazione.

Per i **progetti di Vita indipendente**, il PRNA prevede circa 2,8 milioni di euro, di cui circa 600 mila di cofinanziamento da parte degli ambiti territoriali, in favore di persone con disabilità.

Viene così confermato il **progetto "In Aut"**, Indipendenza e autonomia. Nel precedente triennio quasi mille persone hanno beneficiato di questo bando, di cui oltre l'80% tra i 18 e i 44 anni. Un progetto nato con l'obiettivo di sostenere progetti integrati e personalizzati, che consentano alle persone con disabilità, prioritariamente di giovane età, di condurre una vita autonoma, attraverso misure in grado di favorire la crescita della persona e il miglioramento della propria autonomia, nell'ambito di percorsi di formazione, anche universitaria, lavoro, auto-imprenditorialità, supporto alla genitorialità, e in generale alle attività di vita quotidiana.

Il nuovo PRNA prevede alcune azioni di sistema fondamentali per costruire le condizioni di attuazione degli interventi proposti. Un capitolo *ad hoc* è infatti riservato alla tematica dell'**assunzione di assistenti sociali**. Il personale assunto permetterà di garantire la fase della presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo ambientale, funzionale e sociale.

Ad ogni ambito saranno garantite le risorse per l'assunzione a tempo indeterminato di almeno due assistenti sociali. Grazie ai finanziamenti individuati nel triennio sarà possibile l'assunzione di 63 figure professionali.

In attuazione del PRNA ESTAR, Ente di supporto tecnico amministrativo del sistema socio-sanitario della Toscana, ha indetto il concorso pubblico per titoli ed esami che è in corso di svolgimento. La Società della salute Fiorentina Nord-ovest e la Società della salute Mugello hanno già assunto il personale loro destinato per la prima annualità, utilizzando graduatorie proprie.

La sottoscrizione da parte di tutte le ventotto Zone-distretto e Società della salute dell'**Accordo di programma**, di cui alla già richiamata delibera di Giunta regionale 291/2023, segna un passaggio importante nel processo di integrazione a fondamento della cooperazione organizzativa, gestionale e professionale necessaria alla strutturazione dei LEPS. Il documento rafforza il modello toscano relativo al percorso assistenziale integrato dedicato alle persone non autosufficienti e con disabilità e, pur non introducendo novità sostanziali, rimarca l'impegno delle parti alla collaborazione organizzativa e professionale in materia di integrazione socio-sanitaria con particolare riferimento alle persone non autosufficienti e con disabilità.

Per l'attuazione del PRNA **sono state individuate alcune azioni di sistema** ritenute adeguate a avvicinare le previsioni programmatiche alla realtà degli ambiti territoriali e allo stesso tempo rendere più efficaci gli strumenti e le azioni da dispiegare.

In questa prospettiva l'obiettivo di sviluppare, in collaborazione con Federsanità-Anci Toscana, un'**attività di comunicazione mirata**, anche attraverso strumenti web istituzionali, e di coinvolgimento delle comunità locali, rappresenta un'importante occasione di confronto e condivisione delle misure previste dal PRNA, sulla scorta del processo partecipativo che già è stato sperimentato in fase di stesura dello stesso Piano.

L'altra pista di lavoro è rappresentata dalla **formazione** che interessa trasversalmente i diversi contesti, a partire dagli operatori e professionisti del sistema dei servizi, che si occupano sia della presa in carico, sia del sistema di accesso, come definito dal Dm 77/2022.

L'obiettivo perseguito continua dunque ad essere il supporto qualificato ai processi di presa in carico, accompagnamento e definizione del **Progetto di vita per le persone con disabilità e per le loro famiglie**. Si tratta di un'attività che consente di rafforzare il modello di presa in carico integrata e multidisciplinare e di affiancare i servizi socio-sanitari nell'approfondimento delle procedure e nell'utilizzo degli strumenti licenziati dalla Regione.

L'implementazione delle attività formative su questo versante ha portato alla prima attuazione dell'accordo di collaborazione tra la Regione Toscana e il Dipartimento di Scienze della formazione, dell'**Università degli Studi Roma 3**, finalizzato alla realizzazione di una ricerca-azione per la valutazione *in itinere* e per il supporto all'implementazione del modello toscano di presa in carico delle persone con disabilità. Attraverso la metodologia della *practice research* i professionisti del territorio saranno coinvolti nella ricerca valutativa con la possibilità di affinare le proprie competenze nell'ottica del rafforzamento del lavoro interdisciplinare e della partecipazione al processo di valutazione dell'impatto dei nuovi strumenti.

A fianco di questa attività prosegue l'impegno regionale, anche in collaborazione con **Federsanità-Anci Toscana**, per sostenere gli ambiti territoriali nel percorso locale di diffusione dell'innovativo modello di presa in carico della persona con disabilità, che si va realizzando sulla scorta dei risultati incoraggianti raggiunti con la prima formazione promossa dalla Regione nel 2022 e con il supporto conoscitivo e qualificato della *Task force* costituita dai formatori esperti, ovvero il gruppo di professionisti che hanno partecipato alla definizione dei nuovi strumenti.

Sul fronte delle **demenze**, sono attualmente in fase di sperimentazione e validazione, nell'ambito della ricerca farmacologica, **promettenti terapie** che vanno a modificare il decorso della malattia di Alzheimer (*disease modifying*).

La **diagnosi precoce** è la condizione necessaria per l'accesso a queste nuove terapie, ma



rappresenta una necessità per tutti i malati in quanto gli interventi, terapeutici e preventivi, attualmente disponibili sono efficaci soprattutto nelle fasi iniziali di malattia.

Diagnosi tempestiva dunque e interventi di prevenzione primaria e secondaria rappresentano ad oggi gli elementi cruciali di un intervento efficace in corso di malattia di Alzheimer e lo saranno anche in futuro.

Il PRNA quindi, al fine di favorire un adeguato e precoce percorso diagnostico, ribadisce l'importanza del potenziamento della rete di operatori e di servizi che possano **prendere in carico il paziente dalla fase iniziale di screening**, fase in cui sono maggiormente coinvolti medicina generale e territoriale, alle fasi diagnostiche di I livello, svolte nei Centri per disturbi cognitivi e demenze (CDCD), alle fasi di diagnostica specialistica di alto livello in cui entrino in gioco le strutture ospedaliere più specializzate.

Particolare riguardo è posto inoltre sull'importanza di mettere in atto **interventi di prevenzione primaria e secondaria**, che rappresentano ad oggi gli elementi cruciali di un intervento efficace in corso di malattia, attraverso piani di sensibilizzazione e di supporto per la popolazione: in vista della futura disponibilità di una cura efficace, il contrasto alle possibili cause rimane l'unico strumento di prevenzione che può fare la differenza.

Tra gli obiettivi del PRNA è prevista la promozione della diffusione e dello sviluppo delle **terapie non farmacologiche** (o "psicosociali"), al fine di migliorare la qualità di vita dell'anziano con demenza e della sua famiglia e al contempo di concretizzare un progetto di *welfare* generativo che coniughi attività culturali, bisogni sociali e bisogni sanitari per rispondere in maniera innovativa alle necessità delle persone e delle famiglie, integrando e completando le risposte per la non autosufficienza che il sistema socio-sanitario toscano già offre.

Questi interventi spaziano da quelli di area psicologica (ad es. interventi di sostegno al *caregiver*, *counselling* ecc.) a quelli più strettamente riabilitativi, come la stimolazione cognitiva o la terapia occupazionale, a quelli relativi

a particolari organizzazioni di "servizi" come i **Caffè** o gli **Atelier Alzheimer**, a bassa soglia e ad alta capacità di contatto nonché la rete dei **Musei toscani per l'Alzheimer** che mettono al centro l'arte e la cultura come risorsa per le persone che affrontano la sfida di vivere con la demenza. Nei musei, con i loro ambienti privi di barriere cognitive, si promuove la partecipazione culturale e il benessere delle persone con demenza, aiutandole a preservare il benessere mentale e a mantenersi connesse alla vita della comunità, con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita della persona con la demenza e di coloro che ne condividono la quotidianità.

Nell'ambito della demenza si prevede inoltre un **percorso formativo** finalizzato ad offrire, agli operatori e ai professionisti che a vario titolo sono coinvolti nella presa in carico della persona con demenza e della sua famiglia, gli strumenti più idonei per un'assistenza altamente specialistica e multidisciplinare. La principale finalità è quella di fornire agli operatori che, con differenti competenze, lavorano per e con le persone affette da demenza, uno strumento di indirizzo per la diagnosi tempestiva della malattia e la presa in carico integrata. Si prevede un percorso di miglioramento del funzionamento del sistema di rete, per una conoscenza più puntuale dei servizi esistenti ed un loro appropriato utilizzo, una più organica integrazione tra servizi/strutture/associazioni e tra gli operatori coinvolti, nonché l'implementazione di nuove soluzioni organizzative, così da diminuire i disagi a carico della persona interessata e dei suoi familiari e ottimizzare anche l'utilizzo delle risorse. I percorsi formativi terranno conto dell'evoluzione delle nuove terapie farmacologiche che la ricerca scientifica prospetta per il prossimo futuro. Le iniziative di aggiornamento e formazione, coinvolgeranno i direttori di Zona-distretto e Società della salute ma anche gli operatori del sistema territoriale per approfondire l'integrazione tra le componenti sanitarie e socio-sanitarie alla luce delle disposizioni e delle novità dettate dal Dm 77/2022, dal PNNA nonché dal PRNA.

# IL MODELLO DI PRESA IN CARICO DELLA PERSONA CON DISABILITÀ TRA OBIETTIVI DI RAFFORZAMENTO E FORMAZIONE

Giuseppina Attardo, Lorella Baggiani (Regione Toscana)

Il quadro normativo riferito al contesto delle disabilità indica, anche nelle sue più recenti articolazioni, un orientamento inequivocabile verso la **valorizzazione della persona con disabilità e verso la promozione dei suoi diritti**. Le norme ruotano infatti intorno al concetto di progetti di vita individualizzati, personalizzati e partecipati attraverso i quali le persone con disabilità possano concretamente fare esperienza di autonomia, autodeterminazione e partecipazione sociale.

Il **progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato** diviene l'elemento cardine dell'enunciato fondativo della giurisprudenza – dalla legge 5 febbraio 1992, n. 104, all'articolo 19 della Convenzione delle Nazioni unite, dalle misure previste dalla legge 22 giugno 2016, n. 112 fino alle previsioni delle missioni 5 e 6 del PNRR e della legge 22 dicembre 2021, n. 227 – ovvero l'individuazione di sostegni e servizi che supportino la vita indipendente delle persone con disabilità in età adulta, favorendone la deistituzionalizzazione e prevenendone l'istituzionalizzazione.

Come è noto, l'**Organizzazione mondiale della sanità** ha definito la disabilità quale risultante di una relazione complessa e dinamica tra le condizioni di salute della persona e i fattori contestuali, ambientali e personali; tutti elementi che si influenzano l'un l'altro e possono modificarsi reciprocamente (approccio bio-psico-sociale). Per realizzare la massima autonomia possibile e la piena integrazione e inclusione sociale, occorre che il sistema di interventi e servizi sia flessibile, modulare, diversificato e dinamico esso stesso, dovendosi adattare alle diverse fasi della vita e ai differenti contesti sociali ed ambientali in cui le persone vivono.

Il cambio di paradigma riguarda quindi non tanto l'affermazione del diritto per tutte le persone con disabilità all'accesso ai servizi, quanto piuttosto il diritto a realizzare un percorso di

vita che consenta loro di **compiere le proprie scelte sulla base di uguaglianza** con tutti gli altri, partecipando con pienezza alla vita sociale e mettendo in campo scelte e desideri.

La prospettiva con cui guardare al mondo delle disabilità spinge dunque a significativi cambiamenti che interessano anche il linguaggio e che possono dare sostanza ai concetti dell'autonomia, dell'autodeterminazione e dell'indipendenza: da bisogni a diritti, da appropriatezza a desideri ed aspirazioni, da interesse migliore o superiore a volontà e preferenze, da welfare di protezione a welfare di inclusione, sono solo alcune tra le definizioni con cui si esprime la necessità di un vero e proprio capovolgimento culturale.

A partire da questi riferimenti, attualizzati anche attraverso le previsioni del Piano nazionale per la non autosufficienza (PNNA) 2022-2024, e poi ripercorse e programmate nel Piano regionale per la non autosufficienza (PRNA) 2022-2024, la Regione Toscana ha sviluppato le proprie politiche di inclusione per le persone con disabilità cercando un punto di caduta intorno alla definizione del livello essenziale di processo rappresentato dall'**uniformità nell'accesso alle prestazioni** attraverso la valutazione multidimensionale della persona e la realizzazione di un progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato, come previsto anche dalla citata legge 227/2021 di delega in materia di disabilità, in attuazione della quale sono attesi, tra gli altri, i decreti legislativi sulla valutazione di base, valutazione multidimensionale, progetto di vita e budget di salute.

Attraverso un impegnativo percorso di lavoro che ha visto coinvolti circa settanta professionisti del territorio, sia di ambito sociale che sanitario, la Regione Toscana ha dotato il sistema territoriale dei servizi integrati per le persone con disabilità di indirizzi, linee guida, strumenti e procedure specifiche e innovative, con l'obiet-

tivo di favorire percorsi di presa in carico e di accompagnamento contrassegnati da omogeneità di approccio e di opportunità per la persona, il caregiver e la sua famiglia. Il confronto, avviato nel 2016, ha portato alla

approvazione, da parte della Giunta regionale, di **tre provvedimenti**, oramai punto di riferimento dei servizi socio-sanitari coinvolti nell'ambito della disabilità, e che sintetizziamo brevemente nel box di seguito.

### **Delibera della Giunta regionale n. 1449 del 19 dicembre 2017**

un documento che programma un percorso di lavoro finalizzato alla definizione di un modello regionale di presa in carico della persona con disabilità e del suo Progetto di vita, che si muove dentro la cornice della l. r. 66/2008 "Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza", che ha a suo tempo delineato i cardini del percorso: Punti Insieme, PUA, UVM, presa in carico.

Il documento, frutto del lavoro multiprofessionale con gli enti territoriali competenti e con le associazioni delle persone con disabilità e delle loro famiglie rappresentative a livello regionale, descrive i livelli di governo, le aree di intervento, le fasi operative, le azioni, gli strumenti e i tempi su cui confrontarsi nei tavoli di lavoro con tutti gli attori coinvolti: Aziende USL, Zone-distretto e Società della salute, rappresentanti dell'associazionismo e Anci.

### **Delibera della Giunta regionale n. 1642 del 23 dicembre 2019**

un provvedimento che conclude la prima fase di lavoro dei gruppi professionali, con la definizione dei livelli organizzativi essenziali del percorso, che costituiscono lo standard minimo che tutti i territori devono garantire alla persona con disabilità: rete dell'accesso, UVMD (composizione e funzioni), case manager, partecipazione della persona, garanzia della continuità assistenziale.

### **Delibera della Giunta regionale n. 1055 del 11 ottobre 2021**

il provvedimento segna il completamento di definizione del percorso di presa in carico, approvando strumenti, procedure e metodologie correlate e finalizzate a supportare l'attività dei servizi e a promuovere l'integrazione professionale, organizzativa e intersettoriale e da avvio ad una stagione di lavoro dedicata al supporto del territorio e all'accompagnamento di tutte le Zone-distretto e Società della salute alla messa a regime del modello regionale.

Il risultato tangibile dei provvedimenti regionali è rappresentato dallo **specifico set di dispositivi** capaci di mettere al centro la persona con disabilità, le sue attese e i suoi desideri per la definizione partecipata di un *Progetto di vita* e secondo la metodologia del *Budget di salute* che guardi al benessere e alla qualità della vita.

Subito dopo la definizione degli strumenti l'azione regionale ha virato verso gli **obiettivi di rafforzamento del sistema dei servizi integrati** dedicati alle persone con disabilità. Ecco dunque che nel secondo semestre del

2022 ha preso avvio la seconda e forse più impegnativa fase di lavoro per la diffusione e la messa a regime del percorso di presa in carico delle persone con disabilità, attraverso il susseguirsi e intrecciarsi di azioni di sistema che perseguono tutte l'obiettivo di accompagnare, supportare e sostenere da un lato i territori per l'attuazione dei livelli organizzativi e dall'altro i professionisti per il consolidamento di una modalità di lavoro partecipata con la persona, interprofessionale e di conseguenza individualizzata e personalizzata, come le norme di riferimento ribadiscono da tempo.

È stata allo scopo programmata un'**attività di formazione** articolata in due direttrici: da un lato la formazione dei professionisti che si occupano della presa in carico delle persone con disabilità, dall'altro la formazione di tutti gli operatori e professionisti che vanno a comporre il sistema dell'accesso ai percorsi e agli interventi. Obiettivo comune, la promozione, in maniera il più possibile capillare, di un percorso che porti a conoscenza dell'intera comunità di professionisti il modello regionale di presa in carico, soprattutto nell'ottica di **veicolare il cambio di paradigma e di approccio culturale** alle tematiche della disabilità dettate anche dalle norme più recenti.

La prima fase dell'attività di formazione, rivolta alle **équipe delle Unità di valutazione multidimensionale per la disabilità** – UVMD – costituite in ogni Zona-distretto/ Società della salute, che ha coinvolto nell'ultimo trimestre 2022 oltre trecento professionisti di tutte le ventotto Zone-distretto e Società della salute, ha consentito di lavorare sull'applicazione degli strumenti e ha permesso il confronto nella comunità di operatori e professionisti del territorio.

L'elemento che ha contraddistinto questa azione è rappresentato dal fondamentale apporto di un **gruppo di riferimento regionale di professionisti del territorio** i quali, in virtù della loro partecipazione ai tavoli tecnici regionali costituiti in attuazione della Dgr 1449/2017, hanno assunto il ruolo di "formatori esperti", mettendo a disposizione competenze ed esperienza affinché il modello regionale fosse prima definito nei suoi dettagli e poi diffuso su tutto il territorio.

La **formazione dei professionisti dedicati all'accesso** sarà invece necessariamente conseguente al nuovo assetto dei livelli organizzativi dedicati – Punti unici di accesso, PUA in primis – così come declinati dal Dm 77/2022 e in corso di riorganizzazione. Sarà fondamentale in questo ambito un percorso di aggiornamento e formazione rivolto a tutti gli operatori che andranno a svolgere le funzioni assegnate ai PUA, al fine di migliorare le capacità di accoglienza del cittadino che segnala un bisogno e di informazione e orientamento della domanda al livello organizzativo successivo a

quello dell'accesso. Tutti gli operatori impiegati presso i PUA devono sviluppare competenze specifiche utili a orientare i bisogni, a garantire accoglienza e professionalità, un ascolto attivo, un'informazione appropriata e un sostegno per la persona e la sua famiglia.

L'obiettivo del rafforzamento del modello di presa in carico ha trovato un altro importante approdo nel rapporto di collaborazione che la Regione ha formalizzato con il Dipartimento di Scienze della formazione dell'Università Roma Tre, in attuazione della Dgr 582 del 22 maggio 2023. Parallelamente ai percorsi formativi e con il coinvolgimento del medesimo gruppo regionale di professionisti formatori esperti, che in questa attività costituiscono la task force di progetto, ha infatti preso avvio il **progetto di ricerca-azione A good life**. Si tratta di un progetto di ricerca partecipata che, con la guida di ricercatori universitari, consentirà di valutare l'appropriatezza degli strumenti operativi messi a punto per la costruzione dei percorsi di intervento attivati a favore delle persone con disabilità, per l'ascolto dei loro bisogni e delle loro aspirazioni, per la valutazione multi-professionale e per la definizione del Progetto di vita. La ricerca presenta anche significativi aspetti operativi che consentiranno ai tre territori campione di poter contare su un affiancamento competente da parte dei ricercatori universitari nel loro lavoro di applicazione della nuova metodologia per la valutazione delle persone con disabilità e per la definizione del profilo di funzionamento e del progetto di vita. Un approccio quindi sperimentale ed innovativo che potrà portare frutti in termini di sviluppo di pratiche e di competenze ben oltre i tempi del percorso di ricerca, favorendo la circolazione di professionisti maggiormente formati e sensibilizzati tra il sistema integrato dei servizi territoriali.

Parallelamente a queste direttrici di lavoro, la Regione Toscana si è impegnata in azioni di sistema fondamentali per consentire alla visione innovativa che ha ispirato la messa a punto degli strumenti licenziati, di far presa all'interno dei servizi e portare frutti anche sul piano strettamente tecnico ed operativo.

Con questi presupposti è stata pensata la fondamentale azione di sistema rappresen-

tata dall'**infrastruttura informatica**. Lo sviluppo di un'architettura informatica organica e interconnessa costituisce uno strumento irrinunciabile per un'efficace gestione del sistema di interventi e servizi socio-sanitari, così come per la programmazione e l'attuazione di politiche capaci di incidere sui bisogni dei cittadini.

L'integrazione di metodi, strumenti e procedure per la raccolta, l'elaborazione e la gestione delle informazioni è quindi un obiettivo che è necessario continuare a perseguire per supportare adeguatamente il sistema sociale e socio-sanitario territoriale.

Dal 2019 la Regione Toscana ha messo in atto un processo di unificazione delle cartelle socio-sanitarie presenti nelle Zone-distretto e Società della salute, accorpandole ed evolvendole. La sperimentazione di un unico sistema informatico regionale di riferimento, denominato **AsterCloud**, coordinato centralmente, ha portato alla omogeneizzazione dei processi socio-sanitari su tutto il territorio regionale e ad una revisione funzionale e tecnologica dei vari moduli applicativi.

Esso rappresenta un'ottima base per garantire il supporto adeguato all'attuazione del modello regionale di presa in carico delle persone con disabilità, strumento indispensabile all'attività dei professionisti. L'infrastruttura risulta dunque in fase di integrazione per rendere disponibili e informatizzati gli strumenti a supporto del lavoro delle UVMD.

In questo quadro così articolato e attraverso

sato da profondi cambiamenti anche di profilo culturale, non poteva essere trascurato l'aspetto degli assetti organizzativi e delle dotazioni professionali necessarie.

La tematica del rafforzamento degli ambiti territoriali, chiamati a mettere in pratica il modello toscano di presa in carico, passa anche attraverso la messa a disposizione di una quota del **Fondo nazionale per la non autosufficienza** per il 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.

Deve essere, infine, richiamata la necessaria **attualizzazione della legge regionale 18 dicembre 2008 n. 66**, *"Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza"*, dettata dalle novità introdotte dal Decreto 23 maggio 2022, n. 77 recepito attraverso la Dgr 1508 del 19/12/2022 che, com'è noto, ridisegna il sistema dell'assistenza sanitaria territoriale.

Gli aggiornamenti che saranno introdotti, come è evidenziato nel capitolo successivo di questo lavoro, concorrono al rafforzamento dell'integrazione socio-sanitaria, laddove il sistema di accesso e di presa in carico delle persone fragili, non autosufficienti o con disabilità, viene ancorato ad un approccio integrato dei bisogni cui il sistema è chiamato a corrispondere con modalità multidisciplinari, personalizzate e partecipate.

## UNA REVISIONE NECESSARIA PER LA L.R. 66/2008

Giuseppina Attardo, Lorella Baggiani, Nicola Caruso (Regione Toscana)

La legge regionale 18 dicembre 2008 n. 66, (*"Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza"*), costituisce la norma con la quale la Giunta regionale toscana ha istituito il **fondo regionale per la non autosufficienza** e ha fissato i **capisaldi del modello di presa in carico** della persona non autosufficiente, con disabilità e anziana, prevedendo un sistema coordinato di accesso ai percorsi, la valutazione multidimensionale dei bisogni, con riferimento alla *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) dell'OMS, l'elaborazione di un progetto di assistenza personalizzato definito con la partecipazione della persona o, laddove non sia possibile, dei familiari o del legale rappresentante.

Il legislatore regionale, nell'istituire il fondo per la non autosufficienza, ha inteso **sostenere ed estendere il sistema pubblico dei servizi socio-sanitari integrati** disegnato attraverso la l.r. 24 febbraio 2005, n. 41 (*"Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale"*), a favore delle persone non autosufficienti, con disabilità e anziane.

Gli obiettivi perseguiti dalla Regione Toscana con questa norma riguardano:

- il miglioramento della qualità, la quantità e l'appropriatezza delle risposte assistenziali;
- la promozione e la realizzazione di un sistema fondato sulla prevenzione della non autosufficienza;
- favorire percorsi che realizzino la vita indipendente e la domiciliarità.

La legge definisce inoltre i requisiti dei destinatari, le tipologie di prestazioni e la composizione delle risorse nel fondo dedicato alla non autosufficienza.

Successivamente all'emanazione della legge regionale 66/2008, a quasi dieci anni di distanza, è stata adottata la legge regionale 18 ottobre 2017 n. 60, (*"Disposizioni generali sui diritti e le politiche per le persone con disabilità"*), con la quale si è dato vita ad un **riordino della normativa regionale in materia di disabilità** sulla base dei principi di uguaglianza, non discriminazione e inclusione sociale delle persone. La legge valorizza infatti la centralità della persona, affinché siano sviluppate le capacità esistenti e le potenzialità di crescita, in una logica opposta a quella assistenzialista attuata con l'erogazione di prestazioni a fronte di una richiesta da parte del cittadino, ma orientata piuttosto allo sviluppo e al raggiungimento della massima autonomia possibile, della vita indipendente e della personalizzazione degli interventi.

Il sistema dell'accesso agli interventi e servizi per le persone non autosufficienti ha trovato la sua prima definizione proprio grazie alla legge regionale 66/2008 nella quale sono stati evidenziati gli snodi cruciali della segnalazione del bisogno, della valutazione multidisciplinare e dell'organizzazione di presidi territoriali dedicati denominati **Punti insieme**.

L'adozione della delibera di Giunta regionale n. 1508 del 19/12/2022, con la quale la Regione Toscana ha recepito il disegno dell'assistenza sanitaria territoriale introdotto dal Decreto 23 maggio 2022, n. 77, rappresenta per il contesto normativo regionale un nuovo punto di riferimento. Inserendosi in tale cornice, la legge 66/2008 richiede un'attualizzazione a partire dal sistema dell'accesso quale nodo della rete territoriale integrata attraverso cui riorganizzare i servizi socio-sanitari per persone anziane non autosufficienti e per persone con disabilità.

Dalla rilevazione di tale contingenza è scaturito il percorso di lavoro, tutt'ora in corso, per la proposta di una revisione normativa.

L'impatto più consistente è rappresentato dall'**aggiornamento dei Punti insieme con i Punti unici di accesso** – PUA – quale previsione direttamente conformata alle prescrizioni del Dm 77.

Il PUA, collocato all'interno delle Case della comunità, costituisce infatti uno dei livelli base per l'affermazione dei diritti di cittadinanza sociale in quanto consente alle persone di semplificare i passaggi per accedere all'articolato sistema territoriale dei servizi sociali e socio-sanitari.

Lo **snodo del PUA** nel nuovo disegno normativo riguarda il percorso per la segnalazione del bisogno e per il governo dell'accesso, non solo per le persone anziane non autosufficienti ma anche per le persone con disabilità.

A partire da questa importante revisione la nuova proposta si dispiega a bilanciare gli aspetti della presa in carico e della definizione del percorso assistenziale anche per l'area delle disabilità, che quindi si affianca all'area della Non autosufficienza già contemplata nella norma.

Portando a sintesi la nutrita serie di indicazioni sul modello di presa in carico per le persone con disabilità che la Regione ha definito attraverso una serie di provvedimenti adottati dal 2017 al 2021, la legge viene integrata con un **articolo specificatamente dedicato all'Unità di valutazione multidisciplinare per la disabilità** (UVM). L'introduzione di tale previsione normativa fa da contraltare all'unità di valutazione multidisciplinare (UVM) già presente e prefigura dunque un sistema organico sul tema della valutazione della persona.

Con le stesse finalità è introdotto l'articolo sul Progetto di vita, individuale, personalizzato e partecipato per la persona con disabilità che trova il suo corrispettivo nel progetto di assistenza individuale già contemplato nella norma.

Il neo riferimento al **Progetto di vita** costituisce nella sostanza un'integrazione alle definizioni dello stesso già ampiamente ricomprese nella legge regionale 60/2017, laddove ci si spinge a precisarne le finalità e le potenzialità, come anche nella più recente legge delega sulla disabilità, la legge 227/2021, che ne determina anche i contenuti e le modalità di attuazione.

Gli aggiornamenti e le integrazioni proposte concorrono senza dubbio all'obiettivo del **rafforzamento dell'integrazione socio-sanitaria**, non solo perché recepiscono le novità della delibera di Giunta regionale 1508/2022, ma soprattutto perché riconoscono e valorizzano i punti nevralgici del sistema creando importanti interconnessioni.

I percorsi di accesso e di presa in carico per l'area che interessa le persone fragili, non autosufficienti o con disabilità, trovano nella proposta di revisione una rappresentazione univoca che consolida l'approccio integrato ai bisogni e l'organizzazione delle relative risposte da parte del sistema pubblico intorno ai principi della **multidisciplinarietà, personalizzazione degli interventi e partecipazione**.

# L'ATTUAZIONE DELLE MISURE DELLA MISSIONE 5 DEL PNRR: AGGIORNAMENTO DELLE RIFORME E DELLE PROGETTUALITÀ

Sara Madrigali (Regione Toscana)

## GLI INTERVENTI PER INFRASTRUTTURE SOCIALI, FAMIGLIE, COMUNITÀ E TERZO SETTORE

Il **Piano nazionale di ripresa e resilienza** (PNRR) rappresenta lo strumento attraverso cui il nostro Paese ha programmato interventi, investimenti e riforme resi possibili dal **Next Generation EU** (NGEU), il programma di prestiti e sovvenzioni lanciato nel luglio 2020 dall'Unione europea volto a rilanciare la crescita degli Stati membri e a superare le criticità rese ancora più evidenti dalla pandemia.

Il **Piano italiano si articola in 6 Missioni**, ovvero aree tematiche principali su cui intervenire, individuate in piena coerenza con i 6 pilastri del *Next Generation EU*. Le missioni si articolano in Componenti, Aree di intervento che affrontano sfide specifiche, composte a loro volta da Investimenti e Riforme.

Una specifica **Missione**, la **5, Inclusione e coesione**, è dedicata alle infrastrutture sociali, al sostegno alle politiche attive del lavoro e alla coesione territoriale, con particolare riferimento alle aree interne. La missione a matrice sociale del PNRR cerca di intervenire sulle situazioni di fragilità sociale ed economica, sulle famiglie, sugli anziani non autosufficienti e sulle persone con disabilità, andando a rafforzare al contempo la componente infrastrutturale dei Servizi sociali. L'orizzonte temporale per la realizzazione degli interventi si estende fino al primo semestre del 2026, con l'erogazione dei finanziamenti legata al raggiungimento di milestone e obiettivi intermedi, coerentemente con la logica performativa di Ngeu.

Il presente contributo intende fornire un aggiornamento rispetto a quanto già illustrato nel Volume 2 del precedente Rapporto Welfare e salute in Toscana edizione 2022.

### La Missione 5 Inclusione e Coesione

Nell'ambito della Missione 5 Inclusione e coesione sono previste tre distinte componenti:

- M5C1 – Politiche per il lavoro
- M5C2 – Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo settore
- M5C3 – Interventi speciali per la coesione territoriale

### M5C2 – Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo settore

La componente M5C2 Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo settore è organizzata in quattro distinti obiettivi:

1. rafforzare il ruolo dei Servizi sociali territoriali come strumento di resilienza, mirando alla definizione di modelli personalizzati per la cura delle famiglie, delle persone di minore età, degli adolescenti e degli anziani, così come delle persone con disabilità;
2. migliorare il sistema di protezione e le azioni di inclusione a favore di persone in condizioni di estrema emarginazione (es. persone senza dimora) e di deprivazione abitativa attraverso una più ampia offerta di strutture e servizi anche temporanei;
3. integrare politiche e investimenti nazionali per garantire un approccio multiplo che riguardi sia la disponibilità di case pubbliche e private più accessibili, sia la rigenerazione urbana e territoriale;
4. riconoscere il ruolo dello sport nell'inclusione e integrazione sociale come strumento di contrasto alla marginalizzazione di soggetti e comunità locali.



La Componente si articola, a sua volta, in tre Sottocomponenti:

- Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale;
- Rigenerazione urbana e housing sociale;
- Sport e inclusione sociale.

### **Sottocomponente Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale**

Per quanto riguarda la Sottocomponente Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale, la stessa è strutturata per produrre impatti significativi sul sistema dei Servizi sociali e socio-sanitari; essa si articola in tre investimenti e due riforme:

- Investimento 1.1 – Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti;
- Investimento 1.2 – Percorsi di autonomia per persone con disabilità;
- Investimento 1.3 – Housing temporaneo e stazioni di posta;
- ▶ Riforma 1.1 – Legge quadro per le disabilità;
- ▶ Riforma 1.2 – Sistema degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti.

## **LE RIFORME**

### **Riforma 1.1 – Legge quadro per le disabilità**

All'interno del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione n. 5 INCLUSIONE E COESIONE – è prevista l'attuazione delle Riforma "Legge quadro della disabilità", **la cui titolarità politica è in capo al Ministro per le disabilità**. L'Ufficio per le politiche in favore delle persone con disabilità **cura gli adempimenti tecnici e garantisce monitoraggio e reportistica sul raggiungimento delle milestones**.

L'intervento prevede la realizzazione di una riforma della normativa sulle disabilità, nell'ottica della deistituzionalizzazione e della promozione dell'autonomia delle persone con disabilità.

L'obiettivo consiste nel pieno raggiungimento dei principi della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità del 2006 (ratificata dall'Italia fin dal 2009), secondo un approccio del tutto coerente con la Carta dei diritti fondamentale dell'Unione Europea e con la recente "Strategia per i diritti delle persone con disabilità 2021-2030" presentata a marzo 2021 dalla Commissione europea.

### **Primo traguardo**

In data 31 Dicembre 2021 è entrata in vigore la legge 22 dicembre 2021, n. 227, recante "Delega al Governo in materia di disabilità", pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n. 309 del 30 dicembre 2021.

### **Secondo traguardo**

Il successivo traguardo, da realizzare entro il 30 Giugno 2024, prevede l'adozione da parte del Governo dei decreti legislativi che attuano le disposizioni previste dalla legge delega per rafforzare l'autonomia delle persone con disabilità.

Gli ambiti di intervento dei decreti legislativi sono:

- definizione della condizione di disabilità nonché revisione, riordino e semplificazione della normativa di settore;
- accertamento della condizione di disabilità e revisione dei suoi processi valutativi di base;
- valutazione multidimensionale della disabilità, realizzazione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato;
- informatizzazione dei processi valutativi e di archiviazione;
- riqualificazione dei servizi pubblici in materia di inclusione e accessibilità;
- istituzione di un Garante nazionale delle disabilità;
- potenziamento dell'Ufficio per le politiche in favore delle persone con disabilità, istituito presso la Presidenza del Consiglio dei ministri.

Per i lavori preparatori all'emanazione dei decreti legislativi, con decreto del Ministro per le disabilità del 24 gennaio 2022 è stata istituita, senza oneri per la finanza pubblica, una Commissione istituzionale di tipo consultivo, volta a sovrintendere al processo di predisposizione dei decreti legislativi per la revisione e il riordino delle disposizioni vigenti in materia di disabilità. Inoltre, per l'elaborazione degli schemi dei decreti legislativi, con D.M. del 9 febbraio 2022, il Ministro per le disabilità ha altresì costituito, senza oneri per la finanza pubblica, una Commissione di studio redigente.

### **Riforma 1.2 – Sistema degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti**

La riforma è volta ad introdurre con provvedimento legislativo, seguito da apposita delega parlamentare, un **sistema organico di interventi in favore degli anziani non autosufficienti**.

Il provvedimento, adottato entro la scadenza naturale della legislatura (primavera 2023), è finalizzato alla formale individuazione di **livelli essenziali delle prestazioni** per gli anziani non autosufficienti nella cornice finanziaria indicata.

### **Primo traguardo**

In data 31 Marzo 2023 è entrata in vigore la legge 23 marzo 2023, n. 33, recante "Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane", pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n. 76 del 30 marzo 2023.

### **Scadenze al 2024**

- T1-24: Entrata in vigore dei decreti legislativi attuativi della Riforma

Entro 31 gennaio 2024 è prevista l'emanazione di 3 Decreti attuativi (art. 3, 4 e 5 della L. 33/2023):

1. Delega al Governo in materia di invecchiamento attivo, promozione dell'inclusione sociale e prevenzione della fragilità
2. Delega al Governo in materia di assistenza sociale, sanitaria e socio-sanitaria per le persone anziane non autosufficienti
3. Delega al Governo in materia di politiche per la sostenibilità economica e la flessibilità dei servizi di cura e assistenza a lungo termine per le persone anziane e per le persone anziane non autosufficienti

### **Gli Investimenti**

Con decreto n. 5 del 15 febbraio 2022 del Direttore generale per la Lotta alla povertà e per la programmazione sociale è stato adottato l'avviso pubblico n. 1/2022 per la presentazione di proposte di intervento da parte degli Ambiti territoriali sociali da finanziare nell'ambito della M5C2 M5C2 – Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo settore.

L'Avviso prevedeva una ripartizione regionale dei progetti finanziabili per ciascuna linea di intervento.

## **PROGETTI PREVISTI PER LA TOSCANA E BUDGET DISPONIBILE**

### **Progetti finanziati**

Gli Ats toscani hanno presentato le proprie candidature sulle diverse linee progettuali secondo le indicazioni del piano operativo, in forma singola o associata.

Di seguito, per ogni linea di sub-investimento, sono riportati i progetti degli Ambiti toscani ammessi a finanziamento con i relativi importi.

Le attività, che prevedono sia una componente a finanziamento di investimenti, che una a copertura delle spese di gestione, dovranno essere realizzate entro il primo semestre 2026. In alcuni casi lo stesso ambito toscano poteva presentare più progetti.

**Tabella 1. M5C2, Investimento 1.1. – Sub-Investimento 1.1.1 Sostegno alle capacità genitoriali e prevenzione della vulnerabilità delle famiglie e dei bambini**

nr.	Ambito	Ente Capofila	Importo
1	Valtiberina	Unione montana dei Comuni della Valtiberina Toscana	211.500 €
2	Casentino	Unione dei Comuni montani del Casentino	211.500 €
3	Pisana	Società della salute Zona Pisana	211.500 €
4	Bassa Val di Cecina-Val di Cornia	Società della salute Valli Etrusche	211.500 €
5	Senese	Società della salute Senese	211.500 €
6	Pistoiese	Società della salute Pistoiese	211.500 €
7	Fiorentina Sud-est	Società della salute Fiorentina Sud-est	211.500 €
8	Empolese-Valdarno Inferiore	Società della salute Empolese Valdarno Valdelsa	211.500 €
9	Fiorentina Nord-ovest	Società della salute Fiorentina Nord-Ovest	211.500 €
10	Val di Nievole	Società della salute Valdinievole	211.500 €
11	Lunigiana	Società della salute Lunigiana	211.500 €
12	Mugello	Società della salute del Mugello	211.500 €
13	Pratese	Società della salute Area Pratese	211.500 €
14	Alta Val di Cecina-Valdera	Società della salute Alta Val di Cecina -Valdera	211.500 €
15	Versilia	Comune di Viareggio	211.500 €
16	Valdarno	Comune di Terranuova Bracciolini	211.500 €
17	Livornese	Comune di Livorno	211.500 €
18	Firenze	Comune di Firenze	211.500 €
19	Apuane	Comune di Carrara	211.500 €
20	Aretina	Comune di Arezzo	211.500 €

**Tabella 2. M5C2, Investimento 1.1. – Sub-Investimento 1.1.2 Autonomia degli anziani non autosufficienti**

nr.	Ambito	Ente Capofila	Importo
1	Casentino	Unione dei Comuni montani del Casentino	2.460.000 €
2	Pisana	Società della salute Zona Pisana	2.460.000 €
3	Senese	Società della salute Senese	2.460.000 €
4	Pistoiese	Società della salute Pistoiese	2.460.000 €
5	Fiorentina Sud-est	Società della salute Fiorentina Sud-est	2.460.000 €
6	Empolese-Valdarno Inferiore	Società della salute Empolese Valdarno Valdelsa	2.459.958 €
7	Livornese	Comune di Livorno	2.460.000 €
8	Firenze	Comune di Firenze	2.460.000 €

**Tabella 3. M5C2, Investimento 1.1 – Sub-Investimento 1.1.3 Rafforzamento dei Servizi sociali a sostegno della domiciliarità**

nr.	Ambito	Ente Capofila	Importo
1	Senese	Società della salute Senese	330.000 €
2	Pistoiese	Società della salute Pistoiese	330.000 €
3	Fiorentina Sud-est	Società della salute Fiorentina Sud-est	330.000 €
4	Empolese-Valdarno Inferiore	Società della salute Empolese Valdarno Valdelsa	329.987 €
5	Fiorentina Nord-ovest	Società della salute Fiorentina Nord-Ovest	329.633 €
6	Pratese	Società della salute Area Pratese	330.000 €
7	Alta Val di Cecina-Valdera	Società della salute Alta Val di Cecina -Valdera	330.000 €
8	Versilia	Comune di Viareggio	330.000 €
9	Valdarno	Comune di Terranuova Bracciolini	330.000 €
10	Livornese	Comune di Livorno	330.000 €
11	Firenze	Comune di Firenze	329.933 €
12	Livornese	Comune di Livorno	330.000 €
13	Amiata Grossetana-Colline Metallifere-Grossetana	COESO – Società della salute delle Zone Amiata Grossetana, Colline Metallifere e Grossetana	330.000 €

**Tabella 4. M5C2, Investimento 1.1 – Sub-Investimento 1.1.4 Rafforzamento dei Servizi sociali e prevenzione del fenomeno del burn out tra gli operatori sociali**

nr.	Ambito	Ente Capofila	Importo
1	Bassa Val di Cecina-Val di Cornia	Società della salute Valli Etrusche	210.000 €
2	Fiorentina Sud-est	Società della salute Fiorentina Sud-est	185.281 €
3	Alta Val d'Elsa	Società della salute della Zona Alta Val d'Elsa	190.674 €
4	Val di Nievole	Società della salute Valdinievole	209.932 €
5	Lunigiana	Società della salute Lunigiana	210.000 €
6	Mugello	Società della salute del Mugello	210.000 €
7	Alta Val di Cecina-Valdera	Società della salute Alta Val di Cecina -Valdera	210.000 €
8	Versilia	Comune di Viareggio	209.990 €
9	Valdarno	Comune di Terranuova Bracciolini	210.000 €
10	Piana di Lucca	Comune di Lucca	210.000 €
11	Livornese	Comune di Livorno	209.976 €
12	Val di Chiana Aretina	Comune di Cortona	36.208 €
13	Aretina	Comune di Arezzo	58.742 €

**Tabella 5. M5C2, Investimento 1.2 Percorsi di autonomia per persone con disabilità**

nr.	Ambito	Ente Capofila	Importo
1	Valtiberina	Unione montana dei Comuni della Valtiberina Toscana	715.000 €
2	Casentino	Unione dei Comuni montani del Casentino	715.000 €
3	Pisana	Società della salute Zona Pisana	715.000 €
4	Bassa Val di Cecina-Val di Cornia	Società della salute Valli Etrusche	715.000 €
5	Bassa Val di Cecina-Val di Cornia	Società della salute Valli Etrusche	715.000 €
6	Senese	Società della salute Senese	715.000 €
7	Senese	Società della salute Senese	715.000 €
8	Pistoiese	Società della salute Pistoiese	715.000 €
9	Pistoiese	Società della salute Pistoiese	715.000 €
10	Fiorentina Sud-est	Società della salute Fiorentina Sud-est	715.000 €
11	Fiorentina Sud-est	Società della salute Fiorentina Sud-est	715.000 €
12	Fiorentina Sud-est	Società della salute Fiorentina Sud-est	715.000 €
13	Empolese-Valdarno Inferiore	Società della salute Empolese Valdarno Valdelsa	715.000 €
14	Empolese-Valdarno Inferiore	Società della salute Empolese Valdarno Valdelsa	715.000 €
15	Firenze	Società della salute di Firenze	715.000 €
16	Alta Val d'Elsa	Società della salute Zona Alta Val d'Elsa	714.998 €
17	Val di Nievole	Società della salute Valdinievole	715.000 €
18	Val di Nievole	Società della salute Valdinievole	715.000 €
19	Val di Nievole	Società della salute Valdinievole	715.000 €
20	Lunigiana	Società della salute Lunigiana	715.000 €
21	Lunigiana	Comune di Pontremoli	715.000 €
22	Mugello	Società della salute del Mugello	357.500 €
23	Pratese	Società della salute Area Pratese	715.000 €
24	Pratese	Società della salute Area Pratese	715.000 €
25	Alta Val di Cecina-Valdera	Società della salute Alta Val di Cecina -Valdera	715.000 €
26	Versilia	Comune di Viareggio	715.000 €
27	Valdarno	Comune di Terranuova Bracciolini	714.479 €
28	Piana di Lucca	Comune di Lucca	715.000 €
29	Livornese	Comune di Livorno	715.000 €
30	Livornese	Comune di Livorno	715.000 €
31	Apuane	Comune di Carrara	715.000 €
32	Aretina	Comune di Arezzo	715.000 €
33	Amiata Grossetana-Colline Metallifere-Grossetana	COESO – Società della salute delle Zone Amiata Grossetana, Colline Metallifere e Grossetana	715.000 €
34	Colline dell'Albegna	Azienda Sanitaria Locale Toscana Sud-est	714.981 €
35	Elba	Azienda Sanitaria Locale Toscana Nord-ovest	357.478 €
36	Elba	Azienda Sanitaria Locale Toscana Nord-ovest	357.478 €
37	Fiorentina Nord-ovest	Società della salute Fiorentina Nord-ovest	714.332 €
38	Fiorentina Nord-ovest	Società della salute Fiorentina Nord-ovest	173.215 €

**Tabella 6. M5C2, Investimento 1.3 – Sub-investimento 1.3.1 Housing First**

nr.	Ambito	Ente Capofila	Importo
1	Firenze	Comune di Firenze	710.000 €
2	Firenze	Comune di Firenze	710.000 €
3	Amiata Grossetana-Colline Metallifere-Grossetana	COESO – Società della salute delle Zone Amiata Grossetana, Colline Metallifere e Grossetana	710.000 €
4	Pratese	Società della salute Area Pratese	710.000 €
5	Pisana	Società della salute Zona Pisana	710.000 €
6	Livornese	Comune di Livorno	710.000 €
7	Fiorentina Nord-ovest	Società della salute Fiorentina Nord-ovest	560.000 €
8	Empolese-Valdarno Inferiore	Società della salute Empolese Valdarno Valdelsa	710.000 €
9	Versilia	Comune di Viareggio	710.000 €
10	Bassa Val di Cecina-Val di Cornia	Società della salute Valli Etrusche	710.000 €
11	Pistoiese	Società della salute Pistoiese	710.000 €
12	Piana di Lucca	Comune di Lucca	710.000 €
13	Apuane	Comune di Carrara	622.288 €
14	Mugello	Società della salute del Mugello	710.000 €
15	Val di Nievole	Società della salute Valdinievole	710.000 €
16	Senese	Società della salute Senese	710.000 €
17	Alta Val di Cecina-Valdera	Società della salute Alta Val di Cecina -Valdera	710.000 €
18	Aretina	Comune di Arezzo	710.000 €
19	Valdarno	Comune di Terranuova Bracciolini	710.000 €
20	Alta Val d'Elsa	Società della salute Zona Alta Val d'Elsa	710.000 €

**Tabella 7. M5C2, Investimento 1.3 – Sub-investimento 1.3.2 Stazioni di Posta**

nr.	Ambito	Ente Capofila	Importo
1	Pisana	Società della salute Zona Pisana	1.090.000 €
2	Bassa Val di Cecina-Val di Cornia	Società della salute Valli Etrusche	1.090.000 €
3	Senese	Società della salute Senese	1.090.000 €
4	Pistoiese	Società della salute Pistoiese	1.090.000 €
5	Empolese-Valdarno Inferiore	Società della salute Empolese Valdarno Valdelsa	1.090.000 €
6	Fiorentina Nord-ovest	Società della salute Fiorentina Nord-ovest	180.000 €
7	Alta Val d'Elsa	Società della salute Zona Alta Val d'Elsa	1.090.000 €
8	Val di Nievole	Società della salute Valdinievole	1.090.000 €
9	Lunigiana	Società della salute della Lunigiana	1.090.000 €
10	Pratese	Società della salute Area Pratese	1.090.000 €
11	Amiata Senese e Val d'Orcia-Valdichiana Senese	Società della salute Amiata Senese e Valdorcia Valdichiana Senese	1.090.000 €
12	Alta Val di Cecina-Valdera	Società della salute Alta Val di Cecina -Valdera	1.090.000 €
13	Versilia	Comune di Viareggio	500.000 €
14	Valdarno	Comune di Terranuova Bracciolini	1.090.000 €
15	Piana di Lucca	Comune di Lucca	1.090.000 €
16	Livornese	Comune di Livorno	1.090.000 €
17	Firenze	Comune di Firenze	1.090.000 €
18	Val di Chiana Aretina	Comune di Cortona	289.825 €
19	Apuane	Comune di Carrara	779.176 €
20	Aretina	Comune di Arezzo	1.090.000 €

**Tabella 8. Riepilogo n. progetti e risorse per linee di sub-investimento**

Linee di sub-inve- stimento	Progetti previsti dall'Avviso 1/2022	Ammissibili a finanziamento	Importi previsti dall'Avviso 1/2022	Progetti finanziati
1.1.1	20	20	4.230.000 €	4.230.000 €
1.1.2	8	8	19.680.000 €	19.679.958 €
1.1.3	13	13	4.290.000 €	4.289.431 €
1.1.4	13	13	2.730.000 €	2.360.806 €
1.2	43	38	30.745.000 €	25.554.462 €
1.3.1	20	20	14.200.000 €	13.962.288
1.3.2	20	20	21.800.000 €	19.189.003 €
Totale	137	132	97.675.000 €	89.265.949 €

**Il ruolo della comunità  
nella costruzione delle reti  
attraverso l'amministrazione  
condivisa**



# PROGRAMMAZIONE DELLE POLITICHE SOCIALI INTEGRATE, COPROGRAMMAZIONE E COPROGETTAZIONE NELL'ESPERIENZA DELLA REGIONE TOSCANA

Alessandro Salvi (Regione Toscana)

## LE SFIDE DELLA PROGRAMMAZIONE DELLE POLITICHE SOCIALI TRA SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E ISTITUTI DELL'AMMINISTRAZIONE CONDIVISA

Le politiche sociali e socio-sanitarie territoriali sono chiamate a corrispondere ad impegni molto rilevanti, connessi a tipologie di difficoltà vecchie e nuove delle persone e delle famiglie.

Da un lato infatti i Servizi sociali si confermano centrali nella propria funzione istituzionale di presa in carico e protezione verso cittadine e cittadini in condizione di fragilità e vulnerabilità individuale e familiare, utenti e destinatari "tipici" di interventi di natura assistenziale e riparativa a fronte di situazioni di assenza o scarsità di mezzi e risorse, di privazione e mancanza di accesso a servizi e opportunità associate a contesti di solitudine, marginalità e indisponibilità di reti informali e di prossimità di supporto.

Dall'altro le ricorrenti crisi socio-economiche internazionali, la recente emergenza epidemiologica globale da Covid-19 e i conflitti bellici che riguardano il nostro pianeta hanno generato conseguenze importanti sulla tenuta dei nostri sistemi produttivi, sui livelli di occupazione e consumi inducendo fenomeni di impoverimento crescente di una fascia consistente di popolazione e sull'ulteriore marginalizzazione di chi viveva già fenomeni di disagio personale, familiare o sociale<sup>1</sup>. E la rete degli interventi e dei Servizi sociali e socio-sanitari integrati, nel contesto generale del Paese alle prese con problematiche strutturali di stabilità, forte indebitamento, saldo demografico negativo e movimenti migratori naturalmente connessi agli eventi internazionali, si trova impegnata in una fase particolarmente delicata di riforme e programmi, che stanno maturando nel quadro del riparto e del connubio di competenze comunitarie, statali, regionali e territoriali che caratterizza il nostro ordinamento.

Tenendo conto di questa impostazione di **governance multilivello degli interventi sociali**, affidata alla cooperazione interistituzionale tra lo Stato, le Regioni e i Comuni associati negli Ambiti territoriali sociali (ATS)<sup>2</sup>, la sostenibilità delle politiche sociali integrate, in questa cornice, risulta affidata alla presenza di una pluralità di fonti di finanziamento che si rendono disponibili con obiettivi specifici e vincoli di spesa peculiari di ciascuna fonte.

Possiamo senz'altro affermare che l'ambito delle politiche sociali e sociosanitarie integrate non dispongano di un "fondo" di riferimento unico o baricentrico rispetto al sistema quale è quello rappresentato - in sanità - dalle risorse del Servizio sanitario nazionale al cui finanziamento concorre lo Stato, che prevede come il fabbisogno sanitario nazionale standard sia determinato, tramite Intesa, in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria, coerentemente con il fabbisogno derivante dalla determinazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

1 Le povertà e l'inclusione sociale in Toscana: sesto rapporto: anno 2022. Regione Toscana, Direzione sanità, welfare e coesione sociale, Settore Welfare e innovazione sociale, Osservatorio sociale regionale; a cura di Cristina Corezzi e Massimiliano Faraon.

2 Gli Ambiti sociali territoriali sono la dimensione territoriale individuata dalla l. 328/2000 quale ottimale per l'espletamento dei Servizi sociali. Il d.lgs. 147/2017, all'articolo 23, indica alle Regioni e alle Province autonome di adottare "ambiti territoriali di programmazione omogenei per il comparto sociale, sanitario e delle politiche per il lavoro, prevedendo che gli ambiti territoriali sociali trovino coincidenza per le attività di programmazione ed erogazione integrata degli interventi con le delimitazioni territoriali dei Distretti sanitari e dei Centri per l'impiego".

In ambito sociale e socio-sanitario coesistono infatti fondi di provenienza comunitaria, nazionale, regionale e locale, programmati con tempistiche diverse e che impegnano gli enti territoriali in modalità di utilizzo dei finanziamenti e di rendicontazione delle spese improntate a criteri e strumenti anche molto diversi tra loro.

Nell'esperienza della Regione Toscana, ai sensi delle leggi regionali n. 40 e 41 del 2005 e ss.mm. ii, la **Zona-distretto**<sup>3</sup> è stata individuata quale Ambito territoriale sociale ottimale di valutazione dei bisogni sanitari e sociali delle comunità, nonché di organizzazione ed erogazione dei servizi inerenti alle reti territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate.

Questa profonda consapevolezza del ruolo strategico degli Ambiti nel coordinamento a livello territoriale delle reti e degli interventi ha trovato espressione nell'esperienza, delle **Società della salute**<sup>4</sup> quali soggetti pubblici senza scopo di lucro, costituiti per adesione volontaria dei Comuni di una stessa Zona-distretto e dell'Azienda USL territorialmente competente, per l'esercizio associato delle attività sanitarie territoriali, socio-sanitarie e sociali integrate<sup>5</sup>.

In questo senso, le Zone-distretto – e laddove costituite, le Società della salute – rappresentano dunque anche gli ambiti territoriali di riferimento per la pianificazione strategica e operativa integrata nell'ambito degli indirizzi della programmazione sociosanitaria regionale: ambiti territoriali chiamati a confrontarsi direttamente con l'obiettivo di permettere la stabilità e la continuità dei servizi e delle prestazioni attraverso la composizione ragionata, efficace e funzionale delle diverse fonti di finanziamento disponibili sul campo, sia quelle appunto a vario titolo previste ed erogate dai livelli di governo, comunitario, centrale e regionale, sia quelle proprie dei comuni e delle aziende sanitarie.

Il valore cruciale di questa operazione non si lega tuttavia esclusivamente a esigenze di natura economico-finanziaria e contabile – seppure fondamentali per l'attività degli Enti locali – ma si apre a importanti relazioni con le capacità che l'intero sistema di welfare deve riuscire ad esprimere, per coordinare nel modo migliore possibile (ovvero più efficace, più efficiente, più intelligente, con più visione) i contenuti, gli obiettivi e i risultati attesi, rispettivamente previsti da ogni tipologia di finanziamento, evitando rischi di inefficienze, ridondanze e sovrapposizioni così come tipologie di bisogni prive di risposta o ambiti scoperti e coniugando auspicabilmente al meglio le potenzialità insite in ogni linea d'azione.

Ai fini di supportare gli ambiti territoriali nell'orientamento all'utilizzo delle risorse finanziarie disponibili i settori regionali competenti in materia sociale e socio-sanitaria<sup>6</sup> hanno promosso un'azione di mappatura (denominata "Mappafondo") annualmente aggiornata dei principali

3 La l.r. 84/2015 pone grande attenzione alle attività territoriali innovando fortemente l'art. 64 della 40/2005; la Zona-distretto è considerata l'ambito ottimale di valutazione dei bisogni sanitari e sociali delle comunità, nonché di organizzazione ed erogazione dei servizi inerenti alle reti territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate. Analogamente la l.r. 41/2005, disciplina la Zona-distretto come l'ambito territoriale sia per l'integrazione socio-sanitaria sia per l'esercizio coordinato della funzione fondamentale in ambito sociale, e la individua come la dimensione adeguata per l'assolvimento dell'obbligo di esercizio associato della medesima funzione fondamentale da parte dei comuni a ciò tenuti ai sensi della legislazione statale. La funzione delle zone è di tipo proattivo, potremmo dire di orientamento, a partire dai territori, del Sistema sociale e sanitario regionale (art. 71 ter l.r. 40/2005). Le funzioni della Zona-distretto sono esercitate nel rapporto complesso che intercorre tra assetto organizzativo, funzioni tecnico-professionali, attività assistenziali e governance istituzionale. Rapporto da costruire e gestire sia in relazione alle materie sanitarie territoriali e sociosanitarie, sia in relazione ai processi di integrazione e ai processi di tipo comunitario.

4 Legge regionale 10 novembre 2008, n. 60 "Modifiche alla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale)".

5 All'esito della prima fase di sperimentazione due leggi regionali del 2014, la n. 44 e la 45, hanno successivamente individuato due strumenti necessari per regolare gli assetti territoriali integrati in ogni Zona-distretto: il proseguimento della Società della salute stessa o la stipula di una convenzione socio-sanitaria fra tutti i comuni della Zona-distretto e l'Azienda USL di riferimento. Per questo dove non sono costituite le Società della salute l'esercizio dell'integrazione socio-sanitaria per la non autosufficienza e la disabilità è attuata attraverso apposita convenzione stipulata da tutti i comuni della Zona-distretto e dall'Azienda unità sanitaria locale del territorio. Sul territorio della Toscana, ci sono attualmente (novembre 2023) 16 Società della salute e 12 Zone-distretto senza SdS che devono sottoscrivere la Convenzione socio-sanitaria di cui all'articolo 70 bis della l.r. 40/2005. In queste organizzazioni, lavorano fianco a fianco professionisti e operatori sanitari e sociali, del Terzo settore.

6 Settore Welfare e innovazione sociale e Settore Integrazione socio-sanitaria della Direzione Sanità, welfare e coesione sociale.

fondi di riferimento a favore delle Zone-distretto e Società della salute, che la tabella alla pagina seguente riepiloga, con evidenza del criterio di ripartizione/accesso (a parametro, a bando), della durata (annuale/pluriennale) e delle fonti di provenienza (comunitaria, nazionale, regionale).

**Tabella 1. Il “Mappafondo” delle principali fonti di finanziamento dei servizi e degli interventi in ambito sociale e socio-sanitario per gli ATS in Toscana**

	Fondo/fonte di finanziamento	Criterio di ripartizione/accesso (a parametro, a bando)	Durata (annuale/pluriennale)	Fonte di provenienza (comunitaria, nazionale, regionale)
Ambito sociale	Fondo sociale regionale art.45 l.r. 41/2005	A parametro	Annuale	Nazionale/regionale
	Fondo nazionale lotta alla povertà l. 28 dicembre 2015 n.208 (Legge di stabilità 2016) e d.lgs. 147/2017	A parametro	Annuale	Nazionale
	Por Fse+ 2021-2027 (priorità 3)	A bando	Pluriennale	Comunitario/nazionale/regionale
	Fondi PNRR M5C2 (area socio-assistenziale)	A bando	Pluriennale	Comunitario/nazionale
	Fondo rafforzamento dei Servizi sociali territoriali stanziato dall'art. 1 co. 791 della legge di bilancio 2021 (l. 178/2020) all'interno del Fondo di solidarietà comunale	A parametro	Annuale	Nazionale
	Fondo povertà per l'assunzione di assistenti sociali a tempo indeterminato	A parametro	Annuale	Nazionale
	Altri fondi (legge 145/2018, Fondo ministero politiche per la famiglia, Pon Fami)	A parametro/bando	Annuale/pluriennale	Nazionale
Ambito socio-sanitario	Fondo nazionale per le non autosufficienze	A parametro	Annuale /pluriennale	Nazionale
	Fondo sanitario indistinto	A parametro	Annuale	Regionale
	Altri fondi nazionali (dopo di noi, caregiver, inclusione persone con disabilità, autismo)	A parametro	Annuale/pluriennale	Nazionale
	Fondi PNRR M5C2 (area socio-sanitaria)	A bando	Pluriennale	Comunitario/nazionale

Ed è proprio all'interno di questo processo strategico di ricognizione, analisi ed elaborazione, contestuale alla mappatura coordinata delle risorse, che si inserisce anche la fondamentale relazione tra pubblica amministrazione e Terzo settore, già sancita nel principio costituzionale della sussidiarietà orizzontale e più recentemente rilanciata dalla riforma del Codice del Terzo settore

avviata a livello nazionale dal d.lgs. 117/2017 e recepita nell'ordinamento toscano dalla legge regionale 22 luglio 2020, n. 65 recante "Norme di sostegno e promozione degli enti del Terzo settore toscano" e dalla legge regionale 28 dicembre 2021, n. 53 recante "Norme per l'esercizio delle funzioni amministrative in materia di registro unico nazionale del Terzo settore in Toscana". Questo tipo di attenzione dedicata ai legami tra sistema delle fonti di finanziamento delle politiche, sistemi multilivello di programmazione sociale e socio-sanitaria e sistemi di relazione tra enti pubblici ed enti del Terzo settore non intende naturalmente trascurare il merito e il contributo degli studi giuridici e degli studi di economia sociale che hanno preceduto e che stanno accompagnando questi primi anni di complessa e per certi versi tortuosa attuazione della riforma, riflettendo anche sulla necessità di ricorrere – come afferma Zamagni – ad un'ulteriore versione della sussidiarietà, quella "circolare", maggiormente coerente con il modello di welfare di comunità ove "è l'intera società, e non solo lo Stato, che deve farsi carico del benessere di coloro che la abitano" e che soprattutto consentirebbe di "passare dal modello bipolare di ordine sociale basato su Stato e Mercato a quello tripolare che accanto al pubblico e al privato pone, con pari dignità, il civile". Ma in questa sede il focus proposto riguarderà il potenziale valore aggiunto rappresentato rispettivamente dall'apporto della coprogrammazione e della coprogettazione nell'ambito dei processi di pianificazione sociale e sociosanitaria in rapporto all'esigenza di sostenibilità complessiva del welfare territoriale caratterizzato, come abbiamo osservato, da una pluralità di fonti e modi di finanziamento degli interventi.

## **L'IMPEGNO DELLA REGIONE TOSCANA PER ORIENTARE ED ACCOMPAGNARE LA SPERIMENTAZIONE DEGLI ISTITUTI DELL'AMMINISTRAZIONE CONDIVISA IN AMBITO SOCIALE E SOCIO-SANITARIO**

Il Codice del Terzo settore oltre a riordinare in generale la materia ha reso pienamente attiva quella dimensione pubblica chiamata "**amministrazione condivisa**", affidandone in particolare la sperimentazione all'introduzione dei suoi due istituti e strumenti di riferimento: la coprogrammazione e la coprogettazione, che sono stati tipizzati e procedimentalizzati dal legislatore in modo da poter essere impiegati dalle pubbliche amministrazioni per le interazioni con le associazioni di promozione sociale, le organizzazioni di volontariato e gli altri enti del Terzo settore.

La Toscana è la prima regione in Italia ad essersi dotata di una propria legge regionale (legge regionale 22 luglio 2020, n. 65 recante "Norme di sostegno e promozione degli enti del Terzo settore toscano"), che – tra i vari aspetti – recepisce, integra e promuove gli istituti della coprogrammazione e coprogettazione sulla base delle disposizioni del Codice: al centro dell'iniziativa regionale appare la volontà di valorizzare la cultura della collaborazione tra il Terzo settore e la pubblica amministrazione storicamente forte e ricca sul territorio toscano, con l'obiettivo, in linea con l'intera riforma, di corrispondere ai bisogni diffusi di interesse generale e garantire alle comunità servizi profondamente inseriti nelle realtà locali, aperti al riconoscimento del protagonismo degli enti del Terzo settore, individuati non solo come soggetti portatori di interessi o meri gestori/attuatori di interventi ma quali partner degli Enti locali a partire dalla determinazione delle strategie.

Ed è in questo riconoscimento del protagonismo attivo di tutte le risorse delle comunità locali che si colloca (anche) la partecipazione degli enti del Terzo settore al tavolo dei processi decisionali (**coprogrammazione**) in materia sociale e sociosanitaria a livello di Zona distretto, nonché all'impostazione e all'amministrazione condivisa delle fonti di finanziamento, dei cofinanziamenti, delle valorizzazioni e dei contributi a carico dei diversi soggetti (**coprogettazione**), secondo quella metodologia orientata alla ricerca della sostenibilità del sistema delineata al paragrafo precedente.

Nella consapevolezza degli elevati livelli di delicatezza e complessità presenti nel percorso di messa a terra di una riforma di tale portata, l'amministrazione regionale ha intrapreso un insieme di misure destinate complessivamente a sostenere obiettivi di omogeneità e coerenza interna tra le azioni specificamente rivolte al Terzo settore e le proprie funzioni di programmazione, indirizzo e coordinamento delle politiche sociali e socio-sanitarie di Zona-distretto.

Ciò, nella convinzione che al concetto di **welfare di comunità** dovessero corrispondere impegni concreti e pratiche conseguenti, tenuti insieme da una strategia capace di affrontare le sfide dell'amministrazione condivisa e del rapporto con gli enti del Terzo settore nel quadro del modello toscano caratterizzato dai principi della governance multilivello (tra Regione, ASL, Zone-distretto socio-sanitarie, Società della salute, Comuni), integrazione socio-sanitaria, continuità della presa in carico, multidisciplinarietà, riduzione delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi, prossimità e sostegno all'autonomia e alla domiciliarità.

Per sostenere tali impegni, coerentemente con le proprie prerogative istituzionali in termini di programmazione e indirizzo e nel rispetto delle specificità e delle autonomie degli enti pubblici territoriali e degli enti del Terzo settore, sono stati sviluppati tre percorsi di intervento principali, tra di loro strettamente integrati:

1. con riferimento alle grandi questioni inerenti la sperimentazione dei due istituti di amministrazione condivisa l'intervento regionale ha preso avvio dalla necessità di costruire un contesto di ampio coinvolgimento di tutti i diversi soggetti protagonisti nell'organizzazione e gestione del welfare in senso lato, inteso come "benessere" di una comunità: Enti locali, associazionismo e cooperazione sociale, università, servizi. Da questa assunzione di responsabilità ne è derivata la considerazione del 'lavoro di comunità' inteso come spazio aperto e sfidante, che lega l'amministrazione condivisa o collaborativa che dir si voglia e la partecipazione competente, sperimentandosi non solo nell'implementazione - non priva di complessità e vincoli - di questa nuova forma di relazione introdotta dal Codice e dalla legge regionale ma anche nella definizione originale dei relativi ambiti operativi in cui essa possa esprimersi pienamente, dispiegando la sua valenza innovativa ad alto valore aggiunto sul piano sociale ed economico.

Per queste ragioni, la realizzazione di un piano di azioni specificatamente dedicate a sostenere l'attuazione del CTS e della legge regionale 65/2020 per quanto riguarda gli strumenti di collaborazione tra PA e ETS, si è fondata in primo luogo sulla costituzione di una inedita forma di partenariato permanente tra amministrazione regionale, autonomie locali rappresentate da ANCI Toscana, Cescvot e Forum del Terzo settore toscano.

In quest'ottica è stato sottoscritto un apposito protocollo d'intesa, con la finalità 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 legate alle comunità e ai territori toscani. Azioni civiche e solidaristiche 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.

Come precisato nella deliberazione regionale di approvazione, gli obiettivi del protocollo hanno riguardato tre dimensioni ritenute strategiche per perseguire le finalità generali:

- a) promuovere le conoscenze e i fondamenti dell'amministrazione collaborativa e della partecipazione competente;
- b) 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 collaborativa e della partecipazione competente; raccogliere e definire i quesiti 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 pubblico e dell'autonomia della propria azione amministrativa, nonché delle peculiarità di tali strumenti rispetto agli istituti del Codice dei contratti pubblici;
- c) accompagnare i processi di coprogrammazione e di coprogettazione di rilievo regionale a cominciare dalle materie legate alla sanità, alle politiche sociali, allo sviluppo delle aree interne, alla cultura.

Le azioni legate a ciascun obiettivo delineano il quadro operativo da affrontare e sviluppare nel tempo con percorsi guidati dalle priorità e dalle propedeuticità:

### Obiettivo 1 'Promozione'

- costituzione di un tavolo permanente tra Regione Toscana, ANCI Toscana, Cesvot, Forum del Terzo settore per l'attuazione e il coordinamento del presente protocollo;
- attività di promozione dell'amministrazione collaborativa verso gli enti pubblici toscani;
- attività di promozione della partecipazione competente verso le organizzazioni della cittadinanza attiva toscane.

### Obiettivo 2 'Sostegno'

- raccolta delle pratiche e delle questioni critiche legate all'amministrazione collaborativa già attive o in corso di attivazione e elaborazione di procedimenti e atti amministrativi 'tipo', in eventuale ausilio per gli enti pubblici e gli enti del Terzo settore, anche in forma di 'vademecum', valorizzando esperienze condotte in tal senso a livello regionale, tra le quali quelle sviluppatasi nell'ambito dell'Asse B Inclusion sociale e lotta alla povertà del POR FSE 2014-2020<sup>7</sup>;
- attività di formazione continua e congiunta per la conoscenza del CTS e della l.r. 65/2020 e degli istituti previsti, delle strategie decisionali e delle azioni comunicative, dell'innovazione dei servizi e dell'attivazione delle reti comunitarie;
- laboratori per le esperienze legate ai processi e alle pratiche partecipative richieste dagli istituti dell'amministrazione collaborativa.

### Obiettivo 3 'Accompagnamento'

- accompagnamento a processi di coprogrammazione, di rilievo regionale e territoriale, finalizzati all'individuazione dei bisogni da soddisfare, degli interventi e delle risorse necessarie, e delle modalità di realizzazione delle risposte ai bisogni;
- accompagnamento a processi di coprogettazione, di rilievo regionale e territoriale, per la definizione ed eventualmente la realizzazione di specifici progetti tesi a soddisfare bisogni definiti dalla coprogrammazione.

2. Un secondo ambito ove è stato possibile far crescere una nuova modalità di relazione tra interventi specifici a favore degli enti del Terzo settore e sistemi di welfare locali sociali e sociosanitari è stato rappresentato dall'Avviso pubblico 2023 per la concessione di contributi in ambito sociale rivolto a organizzazioni di volontariato, associazioni di promozione sociale e fondazioni del Terzo settore<sup>8</sup>: l'Avviso pubblico parte dal riconoscere agli enti del Terzo settore destinatari un ruolo centrale nelle politiche sociali e sociosanitarie regionali, poiché essi concorrono ai processi di programmazione regionale e territoriale e, ciascuno

---

7 Per maggiori informazioni sulle esperienze e le pratiche di coprogettazione maturate nell'ambito dell'Asse B Inclusion Sociale e Lotta alla Povertà del POR FSE 2014-2020 si invita alla lettura del paragrafo "Innovazione e integrazione: gli obiettivi strategici dell'Asse inclusion sociale del POR-FSE della Regione Toscana e le connessioni con il PON Inclusion", in: Il Terzo settore in Toscana: primo rapporto: anno 2017. Regione Toscana, Direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale, Settore Welfare e Sport-Osservatorio sociale regionale; a cura di Paola Garvin e Stefano Lomi; autori: Maria Cristina Antonucci, Luca Bagnoli, Carmela Nitti, Camilla Ulivi, Andrea Bilotti, Andrea De Conno, Massimiliano Faraoni, Stefano Lomi, Alessandro Salvi, Andrea Salvini e Mauro Soli. Firenze: Regione Toscana, 2017 (pp. 88-95).

8 Delibera di Giunta regionale n.1459 del 12-12-2022 "Approvazione criteri per la concessione di contributi attraverso l'adozione di uno specifico e successivo Avviso pubblico per la concessione a soggetti del Terzo settore di contributi in ambito sociale - anno 2023". L'Avviso si è inquadrato nel percorso stabilito dall'atto di indirizzo adottato dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali in data 2.8.2022, in attuazione degli articoli 72 e 73 del d.lgs. 3 luglio 2017, n.117 ("Codice del Terzo settore") che, dopo aver individuato gli obiettivi generali, le aree prioritarie di intervento e le linee di attività finanziabili, destina una parte delle risorse finanziarie disponibili alla promozione ed al sostegno di iniziative e progetti a rilevanza locale, al fine di assicurare, in un contesto di prossimità, un soddisfacimento mirato dei bisogni emergenti locali entro la cornice di accordi di programma da sottoscrivere con le Regioni e le Province autonome.

secondo le proprie specificità, partecipano alla progettazione, organizzazione, attuazione ed erogazione degli interventi e dei servizi del sistema sociale e sociosanitario integrato, nel quadro della legislazione nazionale e regionale vigente.

In questo contesto oltre che in un'ottica di applicazione e sviluppo del principio costituzionale di "sussidiarietà orizzontale" e coerentemente con le finalità, l'oggetto e principi della riforma regionale, la Regione Toscana ha voluto promuovere su tutto il territorio toscano lo sviluppo di un sistema di azioni, iniziative e progetti di interesse regionale da parte degli ETS a sostegno della costruzione e del consolidamento del welfare di comunità territoriale. La determinazione assunta a favore dell'opportunità di orientare le progettualità formulate in risposta all'Avviso pubblico regionale verso una più profonda e organica relazione con il sistema dei servizi territoriali e delle comunità locali si è espressa lungo tre direttrici:

- a) la prima, relativa all'impostazione e all'architettura dei progetti, ha richiesto agli enti interessati a partecipare di unire le forze in raggruppamenti tra più soggetti (da un minimo di tre a un minimo di cinque a seconda della dimensione delle attività), in modo da incoraggiare progetti non centrati solo sulla dimensione del singolo ente proponente ma più ampi e in collaborazione tra realtà diverse operanti sullo stesso territorio e favorire al tempo stesso azioni frutto di interdisciplinarietà e integrazione tra esperienze;
  - b) la seconda, relativa alla previsione che le progettualità dovessero preferibilmente inserirsi nell'ambito delle politiche integrate e di comunità previste dalla rete territoriale, basata sul network composto dai servizi territoriali, dalle Zone-distretto, dalle Società della salute, dalle Aziende sanitarie, dai Comuni e dalla Città metropolitana di Firenze e dagli ETS del territorio, anche attraverso la formalizzazione di specifici partenariati o altre forme di dialogo e sostegno attivo. Una dimensione richiesta di orientamento al network, questa, fortemente connessa alla finalità generale dell'Avviso che i progetti fossero capaci di corrispondere alle esigenze di sostegno della costruzione e del consolidamento del welfare di comunità territoriale quale risposta efficace, efficiente ed equa ai bisogni delle fasce vulnerabili di persone, adulti e minori, famiglie, in situazioni di fragilità, isolamento, povertà economica e relazionale;
  - c) la terza, relativa all'iniziativa assunta dalla Regione di promuovere un percorso strategico di monitoraggio e valutazione di impatto sociale inerente i risultati delle attività proposte nell'ambito dei progetti e delle iniziative di welfare di comunità finanziati dall'Avviso, in una prospettiva di analisi che sappia approfondire il valore delle azioni progettuali dal punto di vista dei cambiamenti generati nei target previsti, senza trascurare l'effettiva capacità di aver raccolto o meno l'invito a stringere alleanze, costruire o potenziare reti locali, sperimentare contesti di coprogettazione e co-conduzione di attività e servizi<sup>9</sup>.
- 3.** Il terzo e ultimo percorso di intervento promosso in questa fase dalla Regione per sostenere la crescita di un sistema di welfare di comunità in grado di elaborare gli strumenti di amministrazione condivisa nel quadro del sistema di programmazione e gestione degli interventi sociali e socio-sanitari integrati è stato rappresentato dagli impegni espressi nella sperimentazione di metodologie e contesti applicati ad alcuni ambiti di lavoro delle politiche regionali, tra i quali in particolare figurano:
- a) le progettazioni cofinanziate all'interno dell'Asse B Inclusion sociale e lotta alle povertà del POR FSE 2014/2020, per la realizzazione, su tutto il territorio regionale, di un sistema diffuso e articolato di servizi per l'accompagnamento al lavoro di persone svantaggiate, persone detenute e sottoposte a limitazioni della libertà personale,

<sup>9</sup> Per approfondire la tematica della valutazione di impatto si segnala, tra le varie opere di riferimento del periodo recente, il paragrafo 3.3. "Rendicontare l'impatto sociale del Terzo settore in Toscana: metodologie e indicatori" in: Secondo rapporto sul Terzo settore in Toscana: anno 2019. Regione Toscana, Direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale, Settore Welfare e sport; Osservatorio sociale regionale; a cura di Paola Garvin e Stefano Lomi; autori: Luca Bagnoli, Marco Bellucci, Carmela Nitti, Chiara Chimiri, Sandra Gallerini, Cristiana Guccinelli, Luca Gori, Stefano Lomi, Cristina Corezzi, Carlo Paolini, Luca Caterino, Andrea Salvini e Francesco Monceri. Firenze: Regione Toscana, 2019.

persone in condizione di disabilità disabili e soggetti vulnerabili in carico ai Servizi sociali e sociosanitari territoriali. I contesti di coprogettazione sviluppatasi nelle 28 Zone-distretto si sono connotati come dispositivi, fortemente innovativi, tesi a favorire percorsi inclusivi e partecipativi stimolando l'avvio di processi di coproduzione che hanno valorizzato ed incrementato la capacità del sistema di rispondere alla crescente complessità dei problemi che le persone e le famiglie vivono nei loro contesti di vita, riuscendo ad abbracciare anche da una parte tutto il mondo del "profit", ovvero le aziende, le imprese, le cooperative di tipo B dei territori operanti in veste di soggetti ospitanti le esperienze di stage e tirocinio delle persone in carico ai servizi e dall'altra le istanze di *advocacy* e rappresentanza dei portatori di interesse e dei bisogni degli utenti, in particolare negli ambiti della disabilità e della salute mentale;

- b)** le progettazioni del "Dopo di Noi", caratterizzate dall'affermazione di un modello di co-costruzione tra pubblico e privato che consente la programmazione e l'attuazione di interventi calibrati sulle peculiarità territoriali e sui bisogni delle persone. Fin dalla fase dell'avvio, nel 2017, la Regione Toscana ha infatti operato per coinvolgere, a fianco delle amministrazioni pubbliche, gli enti del Terzo settore e del privato sociale, introducendo, attraverso il processo di coprogrammazione e coprogettazione, un segno tangibile di cambiamento culturale di importanza vitale per il soddisfacimento delle aspettative e dei bisogni delle persone con disabilità grave. La creazione di una rete diffusa di soluzioni per l'abitare costituisce senza dubbio il risultato principale di questo partenariato virtuoso, con la realizzazione sia di appartamenti per l'autonomia che di contesti deputati al training all'autonomia.

## CONCLUSIONI

Nel quadro delle esigenze di sostenibilità e stabilità delle politiche sociali e socio-sanitarie la Regione Toscana ha promosso una metodologia integrata di sostegno ai soggetti del territorio coerente con il modello di governance multilivello e la presenza di un insieme di fonti di finanziamento di provenienza comunitaria, nazionale e regionale con regole di accesso, vincoli e obiettivi di spesa caratterizzati da profonde differenze.

Per corrispondere ai bisogni delle realtà locali in una prospettiva di welfare di comunità che unisce le forze e si stringe intorno al valore delle esperienze e delle risorse dei territori, la coprogrammazione e la coprogettazione si propongono quale nuovo strumento di amministrazione condivisa da promuovere e mettere in relazione con le caratteristiche del sistema sociale e socio-sanitario toscano.

In questa prospettiva le iniziative assunte dalla Regione Toscana intendono costituire uno spazio di confronto e riflessione utile a far crescere le reti locali, formali e informali, oltre che a praticare gli obiettivi fondamentali di sussidiarietà, integrazione, interdisciplinarietà, prossimità e autonomia a sostegno della qualità della vita delle cittadine e dei cittadini.



## PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI VIGENTI IN MATERIA DI ENTI DEL TERZO SETTORE E ISTITUTI DI AMMINISTRAZIONE CONDIVISA

- Legge 6 giugno 2016, n. 106 (*Delega al Governo per la riforma del Terzo settore, dell'impresa sociale e per la disciplina del servizio civile universale*)
- Decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117 (*Codice del Terzo settore*)<sup>10</sup>
- Decreto n. 72/2021 del Ministero del lavoro e delle politiche sociali con il quale si approvano le Linee guida sul rapporto tra pubbliche amministrazioni ed enti del Terzo settore negli articoli 55-57 del d.lgs. 117/2017
- Sentenza della Corte costituzione 131/2020<sup>11</sup>
- Legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (*Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale*)
- Legge regionale 31 ottobre 2018, n.58 recante "Norme per la cooperazione sociale in Toscana"
- Legge regionale 22 luglio 2020, n. 65 recante "Norme di sostegno e promozione degli enti del Terzo settore toscano"
- Legge regionale 28 dicembre 2021, n.53 recante "Norme per l'esercizio delle funzioni amministrative in materia di registro unico nazionale del Terzo settore in Toscana"
- Piano sanitario e sociale integrato regionale 2018-2020, approvato con deliberazione del Consiglio regionale del 9 ottobre 2019, n. 73<sup>12</sup>
- Delibera di Giunta regionale n. 679 del 13 giugno 2022 (*Protocollo d'intesa<sup>13</sup> per la promozione e il sostegno degli istituti di amministrazione collaborativa, attuazione del Codice del Terzo settore e della legge regionale n. 65/2020. Approvazione*)<sup>14</sup>

<sup>10</sup> In particolare l'articolo 55 del Codice, che promuove gli istituti della coprogrammazione e della coprogettazione quali modalità di relazione tra Enti pubblici e Terzo settore, ispirate ai principi di collaborazione e corresponsabilità, per perseguire finalità comuni nell'ottica dell'amministrazione condivisa.

<sup>11</sup> Con la sentenza 131/2020 si conferma l'interpretazione del principio di coinvolgimento attivo degli enti del Terzo settore, così come descritto dagli articoli 55-57 del d.lgs. 117/2017, affermando la piena applicazione di un nuovo modello di sussidiarietà, con riferimenti culturali e giuridici che inverano questa modalità di rapporto tra pubblica amministrazione ed enti del Terzo settore.

<sup>12</sup> In particolare si veda l'obiettivo 2 del PSSIR e il punto disuguaglianze di salute e sociali "Equità e giustizia sociale: contrasto alle disuguaglianze e accoglienza delle differenze, centralità delle persone, delle famiglie e delle comunità", in cui si sostiene l'importanza del ruolo del Terzo settore.

<sup>13</sup> Il Protocollo d'intesa è stato sottoscritto da Regione Toscana, ANCI Toscana, Cesvot, Forum del Terzo settore Toscana.

<sup>14</sup> A seguito del Protocollo d'intesa, è stato elaborato il Sussidiario su amministrazione condivisa. L'obiettivo del sussidiario è quello di accompagnare l'applicazione degli istituti della coprogrammazione e coprogettazione e contribuire così alla trasformazione degli orientamenti legislativi in prassi di lavoro consolidate. Il documento è scaricabile al seguente link: [www.https://amministrazionecondivisatoscana.it/](http://www.https://amministrazionecondivisatoscana.it/)

# IL RUOLO DELLA **COMUNITÀ** NELLA COSTRUZIONE DELLE RETI ATTRAVERSO L'AMMINISTRAZIONE CONDIVISA PROSPETTIVE REGIONALI E LOCALI

Luca Gori (Scuola Superiore Sant'Anna)

Dopo la riforma del Terzo settore, molte attenzioni sono state attratte dall'attuazione della disciplina nazionale – e, in particolare, la registrazione degli enti del Terzo settore nel c.d. Runts, Registro unico nazionale del Terzo settore – e dall'interlocuzione con l'Unione europea, ancora in corso, sulle misure di sostegno a carattere fiscale. Parallelamente, a partire dalla l.r. Toscana n. 65/2020 (*Norme di sostegno e promozione degli enti del Terzo settore toscano*), si è sviluppata una produzione normativa in diverse Regioni<sup>15</sup> allo scopo di definire, in ciascun territorio, specifiche politiche promozionali sintonizzate sulle esigenze locali e regionali. Non si tratta di un percorso esente da problemi, perché si tratta di realizzare un bilanciamento fra due esigenze: da un lato, l'impronta unitaria data dalla definizione di "ente del Terzo settore"; dall'altra, l'esigenza di differenziazione su base territoriale quanto alle misure di sostegno e promozione.

Si può ritenere, però, che le Regioni siano riuscite complessivamente a declinare un loro spazio di intervento sia sulle politiche regionali di promozione *ad integrazione* di quelle statali, sia sulla possibile definizione di altre qualifiche che – non interferendo con quelle statali – possono diventare a loro volta destinatarie di misure promozionali. Il ruolo regionale, così, si rimodella: non più soggetti chiamati semplicemente all'attuazione delle misure statali, secondo lo schema pre-riforma (legge statale di principio, legge regionale di attuazione), ma soggetti chiamati ad integrare, dentro una strategia promozionale statale, una propria strategia di sostegno. Ciò, evidentemente, riplasma anche il ruolo degli Enti locali i quali, nell'ambito della propria autonomia regolamentare, si trovano ad avere a disposizione una serie di misure e strumenti innovativi per la costruzione delle politiche locali negli ambiti di attività di interesse generale.

Uno dei punti *focali* di questa legislazione regionale è costituito dall'implementazione delle misure statali in tema di **rapporti fra pubbliche amministrazioni e Terzo settore**. Attualmente, la disciplina statale su questo aspetto è costituita, per un verso, dall'art. 55 del Codice del Terzo settore (d.lgs. n. 117/2017) e, dal altro verso, dal recente art. 6 del Codice dei contratti pubblici (d.lgs. n. 36/2023). Il combinato disposto di queste due norme, che segnano il punto di inizio e l'approdo attuale di un dibattito che è stato *infuocato* sulla possibilità di configurare un rapporto basato su regole specifiche fra Terzo settore a PA, dà corpo ad uno spazio giuridico informato ai principi della c.d. *amministrazione condivisa* indicati dalla sentenza n. 131 del 2020 della Corte costituzionale (che cade, anche cronologicamente, proprio in mezzo), che le Regioni possono riempire nell'esercizio delle loro competenze legislative. Nel frattempo, anche il d.m. 72/2021 ho dettato delle Linee guida a livello nazionale che hanno aiutato a portare emersione temi e questioni dell'amministrazione condivisa.

La Regione Toscana - come è noto – è stata la prima regione che, già nel 2020, ha adottato una disciplina normativa di attuazione ed integrazione della disciplina nazionale, con una finalità evi-

<sup>15</sup> Attualmente, le leggi regionali approvate sono quattro: l.r. Toscana n. 65/2020 (*Norme di sostegno e promozione degli enti del Terzo settore toscano*), che fa seguito all'aggiornamento della legislazione regionale in tema di cooperazione sociale (l.r. n. 58/2018 *Norme per la cooperazione sociale in Toscana*); inoltre, si segnala la legge regionale per la disciplina dell'istituzione dell'ufficio regionale del Runts (l.r. Toscana n. 53/2021).; l.r. Molise n. 21/2022 (*Disciplina del Terzo settore*); l.r. Umbria n. 2/2023 (*Disposizioni in materia di amministrazione condivisa*); l.r. Emilia-Romagna n. 3/2023 (*Norme per la promozione ed il sostegno del Terzo settore, dell'amministrazione condivisa e della cittadinanza attiva*). Il dibattito è aperto in diverse altre Regioni.

dente di *reazione* veloce rispetto a certe rigidità interpretative. In realtà, già nel 2018 era intervenuta una legge regionale di modifica della materia della cooperazione sociale (legge n. 58/2018). Non si tratta di una legge dedicata solo all'amministrazione condivisa, ma una legge ad ampio spettro che affronta una pluralità di temi (a partire dalla costituzione di organismi di rappresentanza, alla agevolazione nell'utilizzo di immobili pubblici, ecc.). È, però, indubbio che la parte più rilevante della legge toscana sia dedicata proprio a dettare una definizione sostanziale ed elementi procedurali minimi di coprogrammazione e co-progettazione quali istituti tipici dell'amministrazione condivisa.

La legge regionale intende orientare direttamente l'intera attività amministrativa della Regione, degli enti dipendenti dalla Regione medesima e delle aziende regionali (come le aziende sanitarie) verso soluzioni di tipo collaborativo, in considerazione della *funzione sociale* svolta dagli enti del Terzo settore. Si tratta di una modalità di attuazione dell'art. 118, u.c. Cost. (principio di sussidiarietà) e, più in particolare, dell'obbligo giuridico di *favorire* la relazione con gli ETS quale modalità di esercizio delle funzioni amministrative, rispetto all'esternalizzazione (secondo le modalità del Codice dei contratti pubblici) o allo svolgimento *in house*. L'effetto giuridico atteso è che la collaborazione con gli enti del Terzo settore non sia più una mera *opzione*, fra le diverse possibili, ma rappresenti il criterio orientativo, giuridicamente vincolante, per l'esercizio della funzione amministrativa attraverso l'amministrazione condivisa.

Stesso obiettivo è perseguito nel rapporto fra legislazione regionale ed autonomia regolamentare degli Enti locali (ai sensi dell'art. 117, sesto comma, Cost.). La legge regionale rimette infatti all'autonomia regolamentare locale la disciplina, in concreto, dei rapporti con i soggetti del Terzo settore (art. 3, c.1 l.r. Toscana n. 65/2020). In tal modo, la Regione offre un quadro orientativo, ma spetta agli enti locali sviluppare una propria disciplina regolamentare o, comunque, svolgere le funzioni loro spettanti nelle modalità dell'amministrazioni condivisa, esaltando le caratteristiche del Terzo settore locale. Diversi enti locali toscani si sono dotati di regolamenti sull'amministrazione condivisa.

Il "ruolo" dei regolamenti locali risulta tutt'altro che secondario, in questa prospettiva. Sul piano nazionale, si può ben affermare che sono stati i regolamenti locali ad aver rappresentato uno dei terreni di più ampia e rilevante innovazione sul tema del rapporto fra Terzo settore e pubbliche amministrazioni. Anche nelle Regioni prive di una legislazione regionale e, in taluni casi, ancora prima del Codice del Terzo settore, le fonti degli enti locali hanno costituito il terreno sul quale la promozione e la collaborazione degli enti del Terzo settore è avvenuta (basti pensare ai regolamenti per l'amministrazione condivisa dei beni comuni, oppure ai regolamenti per l'erogazione di contributi a determinati soggetti del pluralismo sociale).

È importante imparare ad annotare la capacità di penetrazione, all'interno dei diversi ambiti, del metodo dell'amministrazione condivisa. Un caso assolutamente rilevante – centrale in questa sede – è rappresentato dalla delibera n. 1508/2022 della Giunta regionale toscana, atto di indirizzo per programmazione dell'assistenza territoriale in Toscana in attuazione del Decreto del Ministero della salute 23 maggio 2022, n. 77. Qui si afferma l'esistenza di «modello toscano» verso gli strumenti della coprogrammazione e della coprogettazione, finalizzato alla creazione di «contesti di relazione e scambio di competenze, funzioni e risorse ispirati al principio della collaborazione tra tipologie di enti (pubblici e del Terzo settore) accomunati dallo svolgimento di attività di interesse generale orientate a perseguire insieme finalità condivise e in questo profondamente diverse dalla logica della concorrenza e del mercato sottesa al codice degli appalti». Pur non essendo davanti ad una novità assoluta (in fondo, la prima formulazione della coprogettazione risale dalla legge n. 328/2000 ed al d.p.c.m. 30 marzo 2001), è evidente che l'accelerazione determinata dal flusso normativo innescato dal Codice del Terzo settore ha determinato il sorgere di una serie rilevante di questioni giuridiche non trascurabili di cui le amministrazioni – centrali e territoriali –, il giudice amministrativo e contabile, gli operatori del Terzo settore stanno facendosi carico.

Pare importante introdurre un elemento decisivo di riflessione. Le questioni giuridiche che si pongono rappresentano l'affioramento, sul piano del diritto, delle complesse relazioni esistenti nella comunità fra Terzo settore ed amministrazione. In altri termini, il *processo collaborativo* che si struttura dentro una determinata comunità, nel momento in cui diviene *procedimento amministrativo* tramite il quale si esercitano le funzioni attribuite ai diversi livelli di governo, ha bisogno che vengano aggiornate le regole sulle cui basi esso (il procedimento, cioè) si svolge. Così, la legge n. 241/1990 sul procedimento amministrativo, se "riletta" alla luce del Codice del Terzo settore e della giurisprudenza costituzionale, mette in evidenza una serie di questioni di grande interesse: come è possibile per gli enti del Terzo settore presentare una istanza di avvio del procedimento di coprogrammazione o di coprogettazione? Come interpretare il tema del co-finanziamento delle attività oggetto di coprogrammazione o coprogettazione da parte della PA? Qual è il regime di trasparenza applicabile ai procedimenti di amministrazione condivisa? Quali spese sono ammissibili a rendicontazione e, quindi, a rimborso e quali, invece, non sono? Quali *tutele* sono previste per i lavoratori operanti nelle attività di interesse generale?

Si tratta di questioni che si potrebbero definire di *seconda generazione*. Se, infatti, una prima fase è stata tutta dedicata al tema sul "se" fosse possibile avviare procedimenti di amministrazione condivisa, oggi – risolta la questione sul "se" – l'attenzione si è spostata sul "come", portando il diritto ad interessarsi dei modi in cui Terzo settore e pubbliche amministrazioni condividono, nella prassi, l'esercizio in "condivisione" della funzione amministrativa (come recita l'art. 6 del Codice dei contratti pubblici). Si può comprendere l'ampiezza di questo scenario dando anche semplicemente uno sguardo a tutti gli ambiti di attività di interesse generali individuati dall'art. 5 del Codice del Terzo settore. Già solo guardando alle prime tre lettere – interventi sanitari, interventi sociali ed integrazione socio-sanitaria – si intuisce facilmente come un intero ambito di politiche (con le amministrazioni chiamate a definirle ed attuarle) sia soggetto ad un potenziale e profondo ripensamento. A ciò si aggiunga che vi è una virtualità espansiva notevole: gli ambiti di attività di interesse generale possono ibridarsi fra loro, contaminarsi, intrecciarsi, mettendo in una nuova connessione le amministrazioni e gli enti del Terzo settore. Ad es., le prospettive del welfare culturale; le nuove frontiere dell'abitare solidale; i nuovi sentieri della lotta alla povertà educativa; le nuove strategie per le politiche attive del lavoro. E così via.

Per rispondere a questa esigenza, si è costituito, a lato del Tavolo permanente di coordinamento sul Terzo settore costituito dalla Regione, da ANCI, da Forum del Terzo settore e da Cevot (d.g.r. 679/2022), un gruppo di lavoro tecnico sull'amministrazione condivisa, che ha operato in un clima collaborativo ed informale, costituito da esperti del tema. Il gruppo ha provato a costruire un *Sussidiario*, liberamente consultabile on-line<sup>16</sup>, allo scopo di rispondere ad una triplice finalità, nell'ambito del territorio toscano e dell'attuazione della l.r. 65/2020:

- a) avere una fonte di *ricognizione* dei principali problemi e delle soluzioni che possono dirsi consolidate rispetto ai problemi ed alle questioni poste dall'amministrazione condivisa;
- b) essere una risorsa a disposizione per le attività formative che gli enti pubblici, le reti associative, il CSV e gli altri attori del sistema toscano (fondazioni di origine bancaria, associazioni di categoria, ecc.) intendono mettere in campo;
- c) creare un *luogo* in costante aggiornamento, grazie alla forma telematica nel quale poter dare conto delle evoluzioni che possono provenire dalla Regione stessa, così come dal legislatore statale, dal diritto dell'UE, dalla giurisprudenza nazionale ed europea, dai documenti di prassi.

Il *Sussidiario*, però, vuole esprimere con forza l'idea di una collaborazione che non si ferma al "fare" (co-programmare o co-progettare interventi specifici) ma che si estende anche alla riflessione sul "come" fare e "come" si può far evolvere il diritto a partire dall'esperienza del Terzo

<sup>16</sup> <https://amministrazionecondivisatoscana.it/>

settore e della PA e di tutti gli altri portatori di interesse. Si tratta di una indicazione di *metodo* importante: *collaborare* non può essere ridotto solo ad una questione procedimentale, ma deve costituire un processo che si alimenta anche a partire dall'auto-riflessione dei diversi attori e dall'investimento in formazione.

Da questo punto di vista, ci sono una serie di figure di cui PA e Terzo settore hanno molto bisogno: dal progettista in grado di redigere istanze e progetti nell'ambito dell'amministrazione condivisa, all'animatore e facilitatore dei tavoli, al *project manager*, al valutatore, ecc. Una grande sfida alla quale è necessario presentarsi *in alleanza*: amministrazioni pubbliche, Terzo settore, attori della filantropia, università.

## IL REGISTRO UNICO NAZIONALE DEL TERZO SETTORE

Patrizia Bellofiore (Regione Toscana)

A partire dal 23 novembre 2021 è operativo il **Registro unico nazionale del Terzo settore** (Runts), registro telematico istituito presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali in attuazione degli artt. 45 e segg. del Codice del Terzo settore (decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117), per assicurare la piena trasparenza degli enti del Terzo settore (ETS) attraverso la pubblicità degli elementi informativi che vi sono iscritti. Si possono iscrivere al Runts le organizzazioni di volontariato (ODV), le associazioni di promozione sociale (APS), gli enti filantropici, le reti associative, le associazioni riconosciute o non riconosciute, le società di mutuo soccorso che non hanno l'obbligo di iscrizione nel Registro delle imprese, le fondazioni e gli altri enti di carattere privato diversi dalle società, costituiti per il perseguimento, senza scopo di lucro, di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale mediante lo svolgimento, in via esclusiva o principale, di una o più attività di interesse generale in forma di azione volontaria o di erogazione gratuita di denaro, beni o servizi, o di mutualità o di produzione o scambio di beni o servizi (ex art.4 del Codice del Terzo settore)

Con l'iscrizione al Runts tali soggetti privati acquisiscono la qualifica di ente del Terzo settore, si garantisce, perciò, la riconoscibilità di una comunità di soggetti qualificati con i quali le pubbliche amministrazioni, regioni ed enti locali, possono collaborare nel perseguimento della finalità sociali, per lo sviluppo di una strategia promozionale e la gestione condivisa delle funzioni amministrative. Con l'iscrizione al registro gli enti del Terzo settore possono inoltre beneficiare di agevolazioni, anche di natura fiscale, accedere al 5 per mille e per specifiche tipologie di ETS a contributi pubblici o stipulare convenzioni con le pubbliche amministrazioni e acquisire la personalità giuridica. Non possono utilizzare la denominazione di ente del Terzo settore o quelle specifiche gli enti non iscritti al Runts.

Le procedure di iscrizione degli enti, le modalità per il deposito degli atti, le regole per la tenuta la conservazione e la gestione del Runts sono definite dal decreto ministeriale 15 giugno 2020, n. 106 e dai relativi allegati.

La Regione Toscana regola le funzioni amministrative per la gestione del Runts con la legge regionale 28 dicembre 2021, n. 53 con la quale, come recita la stessa «[...] si intende dare continuità al ruolo dei comuni capoluogo e della Città metropolitana, in ragione del rispetto del principio di sussidiarietà, ritenendo il livello comunale il più idoneo a rispondere alle istanze degli enti del Terzo settore, vista la lunga esperienza gestionale svolta, sulla base della legislazione regionale, fin dal 1993 [...]». Con tale sistema organizzativo, già presente in Toscana a partire dalla l.r. 22/2015, si assegna a queste amministrazioni locali funzioni di istruttoria, controllo e procedimento amministrativo.

A conferma di ciò, con la delibera della Giunta regionale n.1460 del 12 dicembre 2022, è stato approvato e, successivamente sottoscritto un ulteriore accordo tra Regione Toscana, Unione delle province italiane (Toscana), i Comuni capoluogo di provincia e la Città metropolitana di Firenze finalizzato a definire nel dettaglio alcune modalità operative nella gestione del registro al fine di garantire l'uniformità della gestione sull'intero territorio regionale, le modalità attuative finalizzate a rendere operativo l'Ufficio regionale del Runts e le sue articolazioni telematiche e territoriali determinando, al contempo, le responsabilità amministrative connesse al processo amministrativo attivato. Al momento dell'apertura del registro telematico, quindi, le amministrazioni che gestivano già i registri delle organizzazioni di volontariato e delle associazioni di promozione sociale hanno iniziato a trasmigrare sul sistema informativo del Runts i dati degli enti già iscritti. Nel corso dello stesso anno gli uffici Runts hanno verificato le singole posizioni degli enti in tra-

smigrazione ai fini della loro iscrizione, o l'eventuale diniego alla iscrizione per mancanza di requisiti inerenti la conformità dell'ente al Codice del Terzo settore. A questi si sono aggiunti altri enti di nuova costituzione che si sono iscritti al Runts come associazioni riconosciute ex art. 22 CTS e associazioni non riconosciute.

Il quarto Rapporto sul Terzo settore in Toscana al 31 dicembre 2021 rilevava 7.320 soggetti attivi tra organizzazioni di volontariato, associazioni di promozione sociale e cooperative sociali, in particolare si fotografava la presenza nei registri regionali attivi fino a quel momento di 3.299 organizzazioni di volontariato (legge regionale n. 28 del 26 aprile 1993 e s.m., 49% del totale), di 3.448 associazioni di promozione sociale (legge regionale n. 42 del 9 dicembre 2002 e s.m., 47% del totale) e di 573 cooperative sociali (8%).

Con il Runts le categorie si sono ulteriormente diversificate, come già chiarito in precedenza,

infatti in base all'art. 46 Codice del Terzo settore, il registro unico nazionale del Terzo settore accoglie: le organizzazioni di volontariato; le associazioni di promozione sociale; gli enti filantropici; le imprese sociali, incluse le cooperative sociali, iscritte al Runts tramite il Registro imprese; le reti associative, che possono essere contemporaneamente iscritte in due o più sezioni; le società di mutuo soccorso, che non hanno l'obbligo di iscrizione nel Registro delle imprese e gli altri enti del Terzo settore, categoria che comprende le fondazioni.

Alla data della pubblicazione del presente rapporto gli enti iscritti al registro sono 10.183, così ripartiti: 3.169 ODV; 5.631 APS; 16 enti filantropici; 973 imprese sociali; 3 società di mutuo soccorso e 391 altri enti del Terzo settore. Nell'analizzare i dati ad oggi in nostro possesso è necessario precisare che, molti degli enti iscritti, sono ancora in una fase di controllo post iscrizione da parte degli uffici territoriali.

## LA PARTECIPAZIONE CIVICA IN SANITÀ TRA ESPERIENZE E SPUNTI DI RIFLESSIONE

Roberta Bottai (Regione Toscana), Andrea Failli (Federsanità ANCI Toscana)

Come ormai ampiamente risaputo con il termine salute non si indica unicamente uno stato di assenza di malattia o malessere, ma differentemente si fa riferimento ad una forma più ampia di benessere che spazia dal possesso di soddisfacenti condizioni psichiche, fisiche e sociali. È proprio a partire dall'interiorizzazione di questa accezione del concetto di salute che ad oggi l'integrazione tra interventi sanitari e sociali diviene una sfida di prim'ordine per garantire la salvaguardia di positive condizioni di benessere ad una quota sempre crescente di popolazione.

Gli avvenimenti della storia recente, con particolare riferimento all'emergenza pandemica causata dal Covid-19, ma anche alle successive tensioni geopolitiche e all'annesso impoverimento causato dalla fluttuazione inflazionistica, oltre alla crisi climatica che sta avvolgendo il nostro Pianeta, hanno sollevato la necessità di **ristrutturare il sistema socio-sanitario** potenziando i sistemi sanitari territoriali, la presa in carico integrata e la più generale valorizzazione di tutte le risorse comunitarie presenti nei vari contesti territoriali. Sul solco lasciato da questi fenomeni si inserisce il PNRR che all'interno della Missione 6 ha stanziato 16,63 miliardi di euro per la realizzazione di "Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale". All'interno di questo orizzonte l'operazione di riforma realizzata per mezzo del d.m. 77/2022 ha consentito l'introduzione di un importante riassetto organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale, centrata su nuove infrastrutture tra cui spiccano, Centrali operative territoriali, Ospedali di comunità e Case di comunità, ossia dei "nuovi luoghi" della sanità territoriale che hanno il compito principale di fungere da primo connettore tra bisogni sociosanitari e comunità di riferimento.

Volgendo lo sguardo entro i confini della Regione Toscana, gli interventi di riforma contenuti nel d.m. 77, sono stati recepiti per mezzo della d.g.r. 1508/2022, mediante la quale si sanciscono standard e modalità di organizzazione dell'assistenza territoriale sul territorio toscano. Gli importanti cambiamenti che hanno investito questo ambito assumono, a ragion veduta, dei toni che li dipingono come una svolta epocale verso un sistema assistenziale realmente capace di integrare la disciplina sociale con quella sanitaria. Al netto della portata di tali cambiamenti risulta molto importante riuscire a coinvolgere tanto i cittadini quanto le organizzazioni di Terzo settore che sono espressione delle comunità locali e che in esse operano quotidianamente. A tal proposito la già citata d.g.rr 1508/2022 definisce le Case della comunità come: *"il luogo della partecipazione dove i cittadini e le associazioni di tutela dei pazienti contribuiscono alla programmazione dei servizi e delle attività e sono chiamati a valutare i risultati ottenuti"*.

Da quanto espresso nelle righe sovrastanti si comprende come con il nuovo sistema territoriale si intende **valorizzare il ruolo delle comunità locali e del Terzo settore** che, attraverso la partecipazione alla programmazione ed alla progettazione, diventeranno attori principali in tema di prevenzione e promozione della salute nella nostra regione.

In Toscana il sistema di partecipazione in sanità è normato e integrato con l'organizzazione: la legge regionale n. 75/2017 ha disciplinato gli strumenti di partecipazione di livello regionale, aziendale e di Zona-distretto, con la costituzione del Consiglio dei cittadini per la salute a livello regionale e dei comitati di partecipazione aziendali e di Zona-distretto sul territorio. Tali istituti sono degli organismi partecipativi che aggregano associazioni rappresentative dell'utenza e del volontariato e che



hanno funzioni di consultazione e proposta a supporto della direzione aziendale, in merito alla qualità dei servizi erogati dall'azienda, con particolare riferimento all'equità nell'accesso e nella fruizione delle prestazioni.

In questi anni sono stati realizzati interventi per la crescita della partecipazione dei cittadini ed il consolidamento degli organismi introdotti con la l.r. 75/2017, attraverso la promozione e la circolazione delle buone pratiche.

È stato avviato nel 2020 un percorso partecipativo di Regione Toscana e Federsanità ANCI Toscana, denominato **"Cantieri della salute"**, per potenziare il sistema regionale di partecipazione in sanità insieme a cittadini, operatori, enti del Terzo settore.

Questo sistema ha, tra le sue missioni principali, quella di consolidare il dialogo con cittadini ed enti del Terzo settore, e di coinvolgerli nella costruzione di risposte di ampio respiro in materia di salute. Attraverso il dialogo e la collaborazione è infatti possibile qualificare i servizi e renderli maggiormente rispondenti ai bisogni dei cittadini. Il progetto denominato **"Cantieri della salute"** ha accompagnato i Comitati in un percorso di coinvolgimento delle comunità locali e di progettazione partecipata di un servizio.

Gli standard di qualità obbligatori per le Case della comunità indicati nel d.m. 77/2022, recepiti per mezzo della d.g.r. 1508, richiamano il rafforzamento dei servizi territoriali "attraverso la valorizzazione della coprogettazione con gli utenti", nonché "attraverso la valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali"; in particolare sia presso le Case della comunità *hub* che presso le Case della comunità *spoke* è prevista la "partecipazione della comunità e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato".

Il Consiglio dei cittadini per la salute ha pro-

mosso assieme alla Direzione regionale la realizzazione di un ciclo di incontri informativi e formativi sulle Case della comunità inserite nel contesto della riorganizzazione e sviluppo dell'assistenza territoriale a valere sui fondi PNRR. Le iniziative sono state rivolte a tutti i componenti del Consiglio dei cittadini e dei comitati di partecipazione aziendali e di Zona-distretto o Società della salute. È stato affrontato il tema della integrazione socio-sanitaria come elemento essenziale e caratterizzante dell'assistenza territoriale che dovrà trovare nella Casa della comunità una sede e un fulcro essenziale, e sono state presentate le sperimentazioni in corso per la creazione di un modello di Casa della comunità da poter estendere a tutta la regione.

Le attività del progetto **"Cantieri della salute"** hanno inoltre previsto la realizzazione di **Agorà**, ossia degli incontri nei quali sono stati coinvolti Comitato di Partecipazione, Consulta del Terzo settore, referenti dei servizi territoriali e tutto l'associazionismo, all'interno dei quali è stato possibile favorire confronto e dibattito sulla sanità territoriale ed il suo sviluppo, a partire dalle nuove sfide introdotte dalle Case di comunità. Le Agorà, oltre ad essere un momento di confronto e di dibattito su importanti temi sociosanitari, sono state anche un'occasione informativa grazie all'attività della **"Bussola dei servizi"**, ovvero un'attività di "gioco serio" pensata come occasione per fare informazione sui servizi a partire da casi concreti, ma anche per promuovere l'incontro e il confronto tra enti pubblici e cittadinanza attiva in un contesto diverso da quello della semplice conferenza. Durante la Bussola è stato possibile coinvolgere dei cittadini in una simulazione di presa in carico territoriale, invitandoli così a esplorare i diversi servizi di natura sanitaria, sociale, socio-sanitaria e socio-assistenziale, confrontandosi direttamente con veri professionisti socio-sanitari.