



ARS TOSCANA
agenzia regionale di sanità



GRC
Centro Regionale
Gestione Rischio Clinico
e Sicurezza del Paziente

Regione Toscana



ISTITUTO
DI MANAGEMENT

Sant'Anna
UNIVERSITÀ OSPEDALIERA



Le disuguaglianze sociali e di salute e le risposte del Pnrr su coesione, inclusione e salute

2022

**Le disuguaglianze sociali e di salute
e le risposte del Pnrr
su coesione, inclusione e salute**

2022

Indice

SEZIONE I - Le disuguaglianze sociali e di salute

Come cambia la popolazione toscana: inverno demografico e potenziali disuguaglianze	7
Dinamica della popolazione: saremo di meno e sempre più anziani	7
Struttura della popolazione: scenari di scarsa sostenibilità	9
Le famiglie: sempre di più, sempre più piccole, sempre più complesse	12
Gli impatti delle trasformazioni: disuguaglianze conclamate e latenti	13
Campi di intervento	15
Disuguaglianze sociali e condizioni di povertà	19
Povertà e vulnerabilità	19
La povertà educativa	20
La povertà alimentare	21
Abitare le disuguaglianze, riflessioni su svantaggi sociali e dimensione abitativa	23
L'evoluzione degli scenari socio-economici e gli impatti sulla sfera abitativa	23
Proprietà e locazione, il contenimento delle disuguaglianze abitative attraverso il Fondo sociale per l'affitto	24
Dal blocco alla ripartenza dei provvedimenti di sfratto, prospettive per il contenimento della tensione abitativa	26
Edilizia residenziale pubblica	27
<i>Housing first</i> in Toscana	28
Indagine preliminare su senza dimora, salute e accesso alle cure in Toscana. Sintesi delle evidenze principali	33
L'impatto economico e lavorativo del Covid-19 dal punto di vista delle donne	37
La valutazione delle politiche di genere	41
Le disuguaglianze di salute	45
Assistenza specialistica	51
Presi in carico territoriale della cronicità	53
Accessi al Pronto soccorso e ricoveri ospedalieri	58
Mortalità	61
Conclusioni	62

SEZIONE II - Inclusione sociale, salute e Piano nazionale di ripresa e resilienza: quali azioni per il futuro

Inclusione sociale, gli strumenti per ripartire

Il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali e le sue declinazioni	67
Il Piano sociale nazionale 2021-2023 e il Fondo nazionale politiche sociali	67

Utilizzi del Fondo Fnps e le risorse per la Toscana	69
Il Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2021-2023	70
I contenuti dell'atto di programmazione regionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2021-2023	71
Focus. I progetti utili alla collettività	72
Le risorse per la marginalità estrema	75
Le linee di indirizzo e l'avviso n. 4/2016	75
La rete regionale per l'inclusione delle persone senza dimora	76
Il percorso progettuale	77
Le azioni attivate	79
Altre risorse	82
Diritti e opportunità per infanzia, adolescenza e famiglie	85
Il nuovo Piano nazionale per la non autosufficienza 2022-2024	89
Il Piano nazionale per la non autosufficienza: caratteristiche, risorse e organizzazione	89

Pnrr – Missione 5

Pnrr – Missione 5 Inclusione e coesione	95
Gli interventi per infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo settore	95
Gli investimenti e le linee di attività	96
Le riforme per la disabilità e la non autosufficienza	99
Il percorso di presentazione dei progetti e il supporto agli Ambiti	100
I finanziamenti intercettati dai Comuni e dagli Ats toscani	103
Approfondimento I. Sostegno alle capacità genitoriali e prevenzione della vulnerabilità delle famiglie e dei bambini. Dal programma Pippi ai Leps	111
Approfondimento II. Percorsi verso l'autonomia delle persone con disabilità: Pnrr e programmazione della Regione Toscana	115

Pnrr – Missione 6

L'assistenza territoriale in Toscana alla luce del Dm 77/2022	123
La Sanità d'iniziativa per la personalizzazione dell'assistenza. Cure primarie per la cronicità	123
Distretto: funzioni e standard organizzativi	125
Casa della comunità	128
Infermiere di famiglia e comunità	129
Unità di continuità assistenziale	130
Centrale operativa territoriale	130
Centrale operativa 116117	131
Assistenza domiciliare	132
Ospedale di comunità	132
Rete delle cure palliative	133
Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie	135
Prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico	136
Telemedicina	138

SEZIONE I

Le disuguaglianze sociali e di salute

Come cambia la popolazione toscana: inverno demografico e potenziali disuguaglianze

M. La Mastra (Regione Toscana), M. Faraoni (Simurg Ricerche per Anci Toscana)

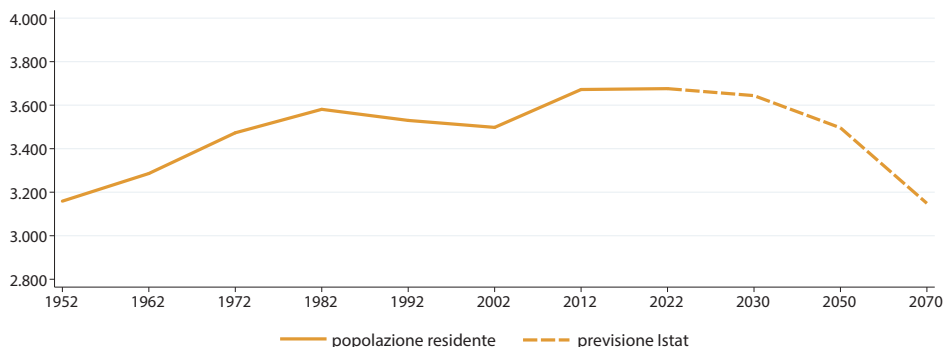
Nel presente paragrafo si cercherà di mettere a sistema le principali trasformazioni che stanno attraversando la popolazione e le famiglie, con le dinamiche ipotizzabili nel prossimo futuro, con l'obiettivo di comprendere, da una parte, quali delle disuguaglianze già presenti potrebbero inasprirsi e, dall'altra, quali nuovi squilibri potrebbero essere generati nella società toscana da tali mutamenti.

Dinamica della popolazione: saremo di meno e sempre più anziani

Per capire la portata dei cambiamenti in atto e di quelli previsti nel prossimo futuro, è emblematico il fatto che tra i demografi termini quali "calo demografico" e "declino demografico" siano stati sopravanzati da quello di "inverno demografico", come a voler mettere in risalto, non solo semanticamente, il prevedibile salto di livello di alcune dinamiche già presenti da anni.

Le più recenti proiezioni demografiche elaborate da Istat prevedono per la Toscana al 2070 un ritorno della popolazione ai livelli numerici del dopoguerra. Dal 1952 la popolazione regionale è cresciuta di oltre 517mila residenti (+16%), per il susseguirsi di vari movimenti: la trentennale crescita nel periodo 1951-1981 (+13%), il leggero calo fino al 2001 (-2,4%), la piccola ripresa fino al 2014 (+7%) coincidente con il consistente arrivo di cittadini stranieri sul territorio e la progressiva stabilizzazione al ribasso fino ad oggi (-1,8%), coincidente con il rallentamento delle immigrazioni e una leggera ma costante perdita di residenti (figura 1).

Figura 1. Popolazione residente - Valori in migliaia - Toscana, periodo 1952-2022 e previsioni 2030-2050-2070 (scenario mediano) - Fonte: Istat

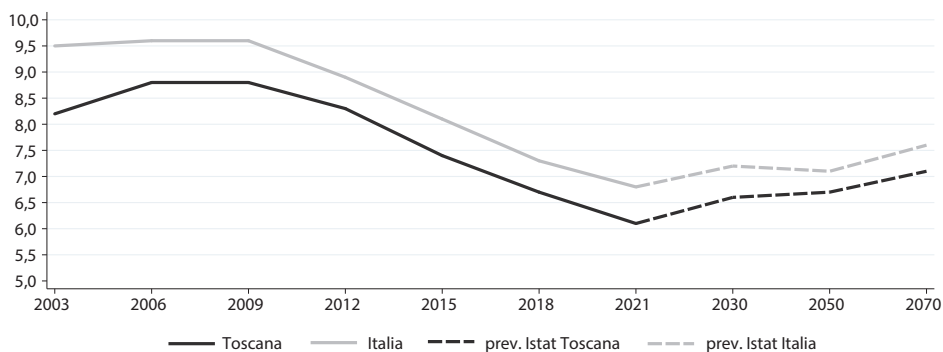


Come cambia la popolazione toscana: inverno demografico e potenziali disuguaglianze

Questo ultimo micro trend sembra dunque avviato a diventare un andamento di lungo periodo, che porterà la popolazione toscana dagli attuali 3 milioni e 676mila a 3 milioni e 148mila, con una perdita di oltre 500mila residenti (-14%) nell'arco di 50 anni. È chiaro, quindi, che la pur fragile tenuta dell'equilibrio tra classi di età e il minimo ricambio generazionale, garantito fino a qualche anno fa dai flussi migratori dall'estero e dalle molte comunità straniere insediatesi nelle realtà locali, non è più possibile alle condizioni attuali.

Si tratta di una dinamica che non sembra ad oggi intaccabile nel medio periodo. Solo per citare alcuni fattori, il tasso di natalità toscano, costantemente al di sotto della media italiana, è passato dagli 8,4 nati per 1.000 residenti del 2002 agli attuali 6,1 e, anche in presenza di un previsto rialzo portato dalle nuove coorti (l'indice potrebbe crescere, nonostante il calo dei nati, per la diminuzione della popolazione residente al denominatore), la popolazione totale non ritornerà ai livelli precedenti (figura 2), lasciando così poco spazio all'inversione delle tendenze di declino demografico.

Figura 2. Tasso di natalità - Nuovi nati per 1.000 abitanti - Toscana e Italia, periodo 2003-2021 e previsioni 2030-2050-2070 (scenario mediano) - Fonte: Istat



Contestualmente sia l'andamento recente sia quello previsto dell'indice di vecchiaia lasciano pochi dubbi sulla futura conformazione dei residenti toscani: dagli attuali 220 anziani ogni 100 giovani (con una consistente forbice rispetto al dato nazionale) si passerà a oltre 300, ovvero a oltre 3 anziani per ogni giovane (figura 3). Infine, diminuirà la quota di donne comprese tra 20 e 50 anni di età, ossia la quota di madri potenziali, dalle attuali 600mila alle circa 479mila e rispettivamente dal 35% al 31% del totale delle donne presenti (figura 4).

Si aggiunga, infine, l'allungamento della permanenza dei giovani nella famiglia di origine e dei tempi di acquisizione di autonomia, che si riflette ovviamente sulla propensione alla costruzione di nuovi nuclei familiari e sulla natalità: continuano, infatti, sia la diminuzione delle coppie giovani con figli, passate dal 12,7% delle famiglie mononucleari del 1991 all'attuale 5,1%, sia l'aumento dell'età media della donna al parto, cresciuta di un anno e mezzo nell'ultimo decennio. Del resto, se è vero che cresce la quota di giovani toscani che

vivono da soli e che nel 2021 in Italia l'età media di abbandono della famiglia di origine è scesa sotto la soglia dei 30 anni (restando comunque una delle più alte in Europa), il 65% dei 18-34enni toscani (circa 384mila) vive in famiglia con almeno un genitore, pur essendo il 46% di essi occupato.

Figura 3. Indice di vecchiaia - Anziani (65+ anni) ogni 100 giovani (<15 anni) - Toscana e Italia, periodo 2004-2022 e previsioni 2030-2050-2070 (scenario mediano) - Fonte: Istat

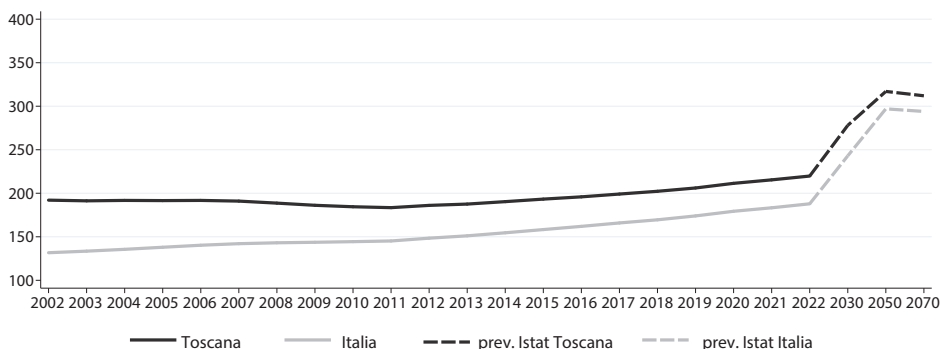
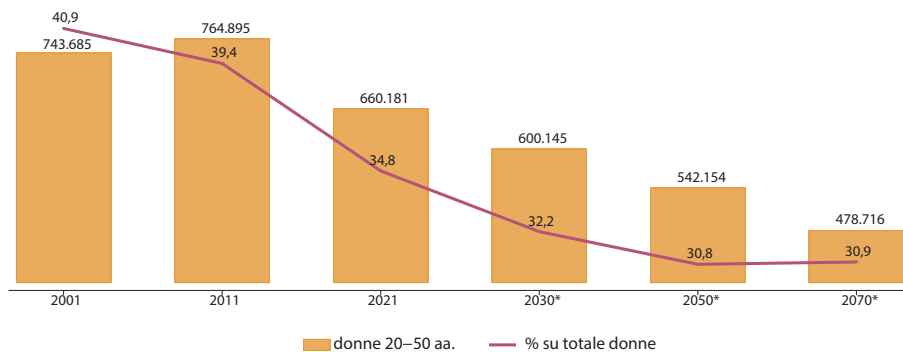


Figura 4. Donne in età 20-50 anni - Valori assoluti e % sul totale delle donne residenti - Toscana, periodo 2001-2021 e previsioni 2030-2050-2070 (scenario mediano) - Fonte: Istat



*previsioni Istat.

Struttura della popolazione: scenari di scarsa sostenibilità

La problematica rilevante non è tanto il fatto che i toscani saranno meno come numero, quanto la struttura per età della futura popolazione, che sarà fortemente sbilanciata verso le classi di età anziane. Anche in questo caso le previsioni demografiche forniscono una fotografia abbastanza delineata dello scenario attuale e futuro: la piramide per età mostra come si stia passando da una forma cosiddetta “a trottola” ad una cosiddetta “a fungo” (figura 5); la

Come cambia la popolazione toscana: inverno demografico e potenziali disuguaglianze

composizione per classe di età evidenzia la stabilità nel tempo dei giovani under 15 e l'erosione della popolazione in età attiva (dal 68% del 1991 al 62% del 2021, fino al 53% previsto nel 2050) a vantaggio della componente anziana, ad oggi oltre un quarto della popolazione è destinata a diventare un terzo entro i prossimi 30 anni (figura 6).

Figura 5. Popolazione residente per classe d'età – Toscana, anno 2022 e previsioni 2030-2050 (scenario mediano) – Fonte: Istat

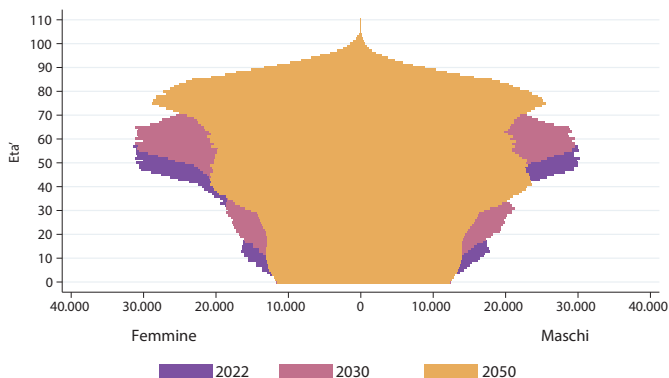
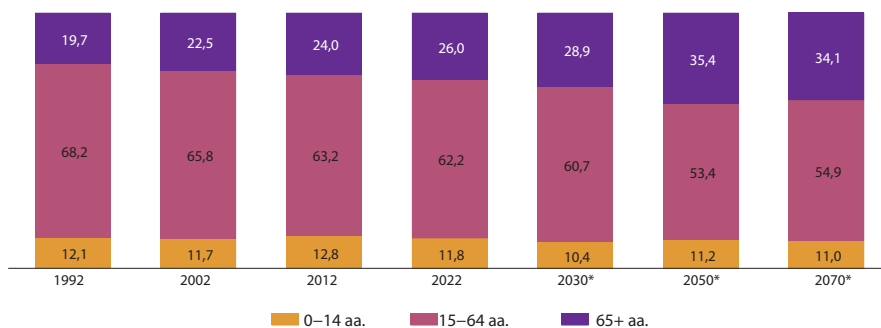


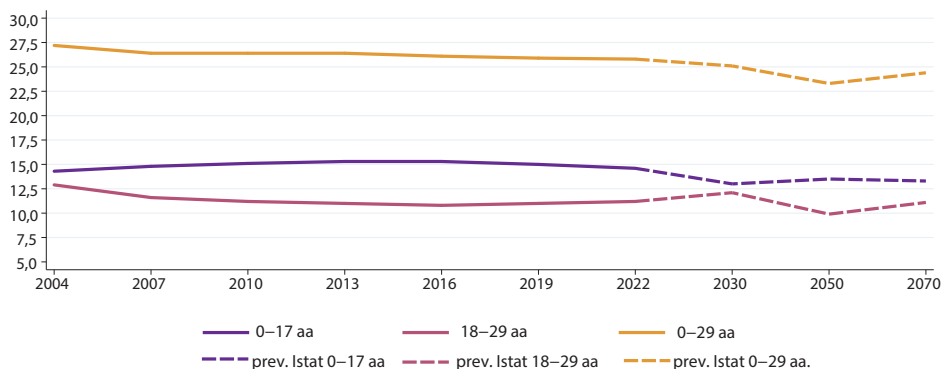
Figura 6. Popolazione residente per classe d'età – Distribuzione percentuale – Toscana, periodo 1992-2022 e previsioni 2030-2050-2070 (scenario mediano) – Fonte: Istat



*previsioni Istat.

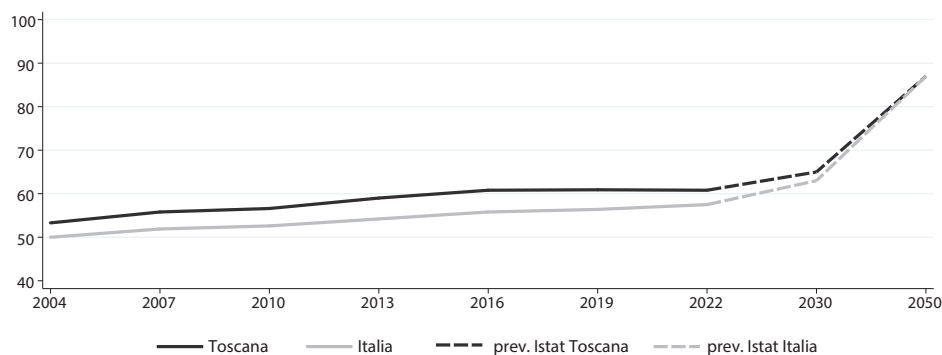
Anche l'analisi delle classi giovanili evidenzia gli scompensi di oggi e di domani. Al 1° gennaio 2022 i residenti under 30 in Toscana sono circa 947mila e rappresentano il 26% della popolazione totale, quota leggermente inferiore alla media nazionale (28%) e in progressiva e costante diminuzione (erano il 33% nel 1991). La rilevanza della popolazione giovanile, qualora non si invertano le tendenze in atto, sembra avviata verso un ulteriore calo. Complessivamente saranno circa 815.600 al 2050, perdendo oltre 130mila residenti (-14%), e peseranno per poco più del 23% (contro l'attuale 28%). La classe interna dei minorenni vedrà un calo di circa 65mila unità (-12%) e quella 18-29 anni di circa 66.500 (-16%), le loro quote scenderanno rispettivamente al 13,5% e al 10% (figura 7).

Figura 7. Popolazione residente in età 0-17 anni, 18-29 anni e 0-29 anni - Valori per 100 abitanti - Toscana e Italia, periodo 2004-2022 e previsioni 2030-2050-2070 (scenario mediano) - Fonte: Istat



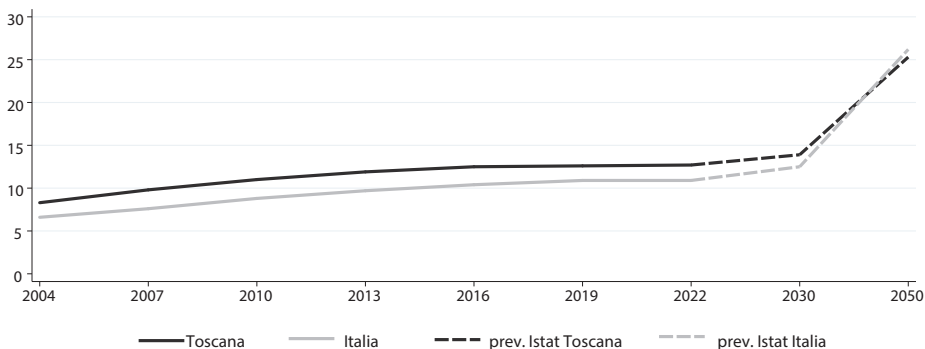
L'effetto di tutto ciò è e sarà rilevante in termini di sostenibilità della struttura per età. L'indice di dipendenza strutturale, che calcola quanti individui ci sono in età non attiva (0-14 anni e anziani) ogni 100 in età attiva (15-64 anni), fornendo indirettamente proprio una misura di sostenibilità della struttura di una popolazione, è già oggi di 61 inattivi ogni 100 attivi (era 53 nel 2003) ed è proiettato verso 65 nei prossimi dieci anni, con una prevista impennata al 2050 che porterà ad un rapporto di 87 (figura 8).

Figura 8. Indice di dipendenza strutturale - Anziani (65+) e giovani (<15 anni) ogni 100 adulti (15-64 anni) - Toscana e Italia, periodo 2004-2022 e previsioni 2030-2050 (scenario mediano) - Fonte: Istat



Allo stesso tempo è previsto un aumento del carico degli anziani potenzialmente fragili e non autosufficienti (over 85) sui potenziali caregiver (50-74enni), che ad oggi vede un indice di circa 13 ogni 100, che diventerà prima 14 nel 2030 e poi addirittura 26 (quindi un raddoppio rispetto ad oggi) nel 2050 (figura 9). Tutti fattori che avranno impatti decisamente rilevanti sul sistema di welfare formale (programmazione, tipologie di servizi e destinazione delle risorse, per citarne alcuni) e informale (livelli di tenuta delle reti familiari).

Figura 9. Pressione dei grandi anziani sui potenziali caregiver - Anziani (85+ anni) per 100 abitanti d'età 50-74 anni - Toscana, periodo 2004-2022 e previsioni 2030-2050 (scenario mediano) - Fonte: Istat

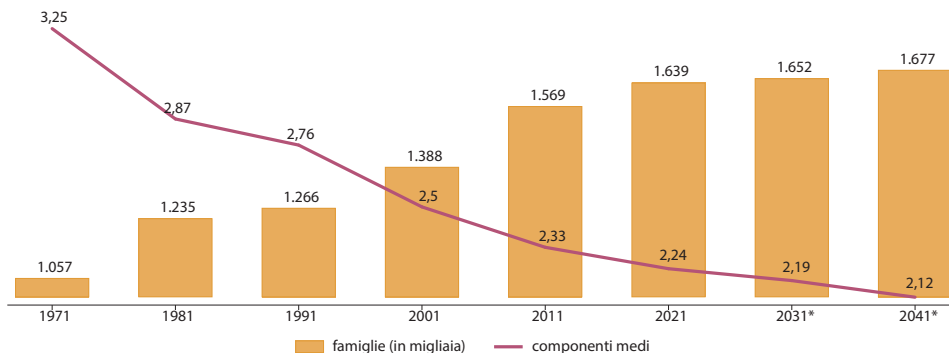


Le famiglie: sempre di più, sempre più piccole, sempre più complesse

Le famiglie italiane e toscane stanno cambiando più velocemente che in passato, tra mutamenti ormai noti e studiati da anni e nuove dinamiche che ne cambieranno forme e consistenze.

Tra i primi c'è il cosiddetto processo di nuclearizzazione, ovvero l'aumento dei nuclei familiari e la contemporanea riduzione del numero medio di componenti, fenomeno che parte da lontano e che pare proseguirà anche per i prossimi venti anni (figura 10). Dal 1971 la Toscana è passata da poco più di un milione di famiglie a oltre 1 milione e 600mila (+55%) e, per contro, da 3,25 a 2,24 componenti medi. Numeri che diventeranno rispettivamente 1 milione e 677mila (+37mila circa) e 2,12 nel 2041.

Figura 10. Famiglie residenti - Valori in migliaia e numero medio di componenti - Toscana, periodo 1971-2021 e previsioni 2031-2041 (scenario mediano) - Fonte: Istat

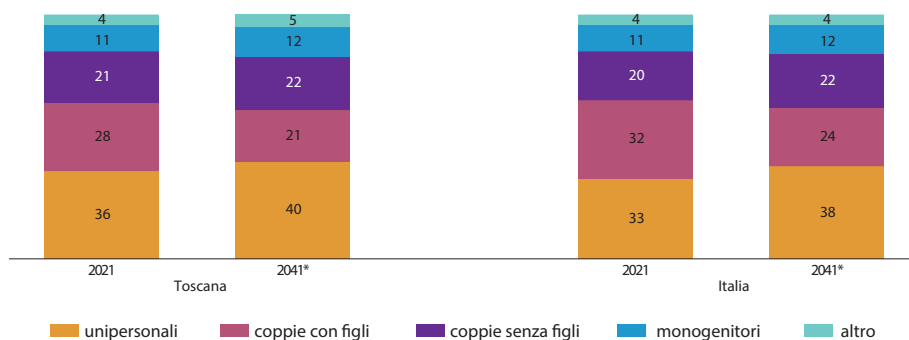


*previsioni Istat.

Se la struttura si semplifica, cresce invece la complessità nelle tipologie e nelle modalità di composizione dei nuclei. All'interno delle forme familiari sono ormai maggioritarie

le unipersonali (per il 58% costituite da over 60 anni), mentre perdono rappresentanza le coppie con figli, la tipologia più diffusa fino a qualche anno fa (era il 37% nel 2001) e che oggi rappresenta il 28% del totale. Di queste circa il 54% ha 1 figlio, il 39% ha 2 figli e il 7% ha 3 figli. Crescono anche le coppie senza figli (21% del totale) e le monogenitore (11%), con netta prevalenza di madri con figli (81%). Si tratta di trend che si consolideranno ulteriormente nei prossimi venti anni, con una ulteriore diminuzione delle coppie con figli (saranno il 21% nel 2041) a vantaggio delle unipersonali (in aumento al 39%). In merito alla composizione e formazione dei nuclei, crescono tra le coppie stabili quelle non coniugate, così come aumentano le famiglie ricostituite (nel 2020 in Toscana il 23% degli sposi e il 21% delle spose erano al secondo matrimonio o successivo) (figura 11).

Figura 11. Nuclei familiari residenti per tipologia - Distribuzione percentuale - Toscana e Italia, anno 2021 e previsione 2041 (scenario medio) - Fonte: Istat



*previsioni Istat.

Gli impatti delle trasformazioni: disuguaglianze conclamate e latenti

Le analisi sin qui proposte portano all'individuazione di alcune disuguaglianze, già presenti o potenziali, generate dallo sbilanciamento della struttura per età della popolazione toscana e dalle nuove conformazioni delle famiglie, anche perché tali mutamenti, inesorabili ma prevedibili, indurranno modifiche nei comportamenti individuali e collettivi dell'intera comunità.

La pressione sulle famiglie e sui caregiver

Il progressivo assottigliamento delle reti familiari, e il conseguente indebolimento del loro ruolo di protezione sociale, sta creando già oggi significative difficoltà per la tenuta del sistema di welfare. Tensioni presumibilmente destinate a crescere se, come si è visto, tale processo continuerà e, per di più, in presenza di crescenti pressioni delle fasce di popolazione tradizionalmente più bisognose di cure e supporto (minori e anziani), con uno sbilanciamento del rapporto tra *care receiver* (chi ha bisogno di assistenza) e caregiver (chi questa assistenza

può offrirla). Già oggi il servizio pubblico fatica a dare risposte ad una così complessa varietà di bisogni, tanto che è sempre più frequente il ricorso da parte delle famiglie a figure private di supporto domestico e assistenziale (in Toscana ci sono 82mila lavoratori domestici e la sorveglianza Passi d'argento dell'Istituto superiore di sanità nel 2020-21 ha rilevato che il 21,5% degli anziani fragili e il 49% degli anziani non autosufficienti, circa 80mila persone, ricevono assistenza da personale privato individuato e pagato in proprio). In questo senso appaiono evidenti le disuguaglianze tra le famiglie che saranno in grado di accedere ai servizi pubblici, reggendo il carico con risorse interne o con risorse esterne private, e quelle che non avranno la possibilità di ricorrere a tali soluzioni o avranno difficoltà nel poterlo fare. Spingendosi oltre, si può ipotizzare anche il depotenziamento di uno dei tradizionali meccanismi di accudimento familiare da parte degli anziani verso i più giovani (si pensi al rapporto nonni-nipoti), dato che gli anziani di domani avranno una vita lavorativa plausibilmente più lunga della attuale, un assegno pensionistico tendenzialmente molto più leggero e che, stante la crescente età media al matrimonio a al primo figlio, saranno chiamati alla cura in età più avanzata di quella odierna.

Processi decisionali, allocazione delle risorse, qualità del capitale umano

Appare evidente come in una società sbilanciata verso l'età anziana e con una quota di giovani minoritaria venga favorita l'adozione di politiche sensibili alle preferenze e alle necessità di una platea che si presume non particolarmente incline alle innovazioni. Il rischio reale è quello di un ancora più accentuato spostamento di risorse verso i target più numerosi e bisognosi (ad esempio verso la non autosufficienza) a discapito di investimenti rivolti alle classi giovani. La disuguaglianza di attenzione, oggi già visibile, potrebbe quindi amplificarsi nel prossimo futuro. Del resto già negli ultimi anni è stata netta la differenza tra la dinamica della spesa sanitaria e pensionistica, da un lato, e quella per l'istruzione dall'altro. Per fare un esempio, l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (Ocse) nel suo monitoraggio dei sistemi pensionistici attesta che in Italia l'attuale rapporto di 68 pensionati ogni 100 lavoratori diventerà 105 a 100 nel 2050. Evidente, dunque, il rischio di pericolosa residualità che potrebbe essere destinata ai giovani, che peraltro avrebbe anche l'effetto di restringere la capacità di rinnovare le competenze presenti nel sistema, indebolendo il capitale umano del territorio e con esso le capacità di tempestiva risposta alla domanda del mercato del lavoro, nonché la propensione all'innovazione sociale.

Aree interne e fragili

Si tratta di un fattore trasversale, che attraversa tutte le tipologie di disuguaglianze, acuendone gli effetti. Ne sono coinvolte già oggi e lo saranno forse ancor più nei prossimi anni tutte quelle persone e famiglie che vivono nelle aree interne e periferiche della regione (prevalentemente situate in zone montane, più lontane dai centri servizi, a bassa densità abitativa e abitate mediamente da soggetti in età più avanzata), che vedranno crescere le difficoltà di accesso ai servizi e quelle legate alle possibilità di cura familiare, data la minore prossimità e densità del tessuto sociale.

Se aggiungiamo che la propensione alla mobilità delle persone varia in funzione dell'età e dei carichi familiari, potrà risultare anche meno agevole con l'andare del tempo l'incontro tra domanda e offerta di lavoro: visto che già oggi si nota la crescente difficoltà delle imprese a trovare personale (un fenomeno che sta investendo anche le pubbliche amministrazioni), andrebbe considerata anche la minor disponibilità a muoversi per trovare o cambiare lavoro da parte di una popolazione sempre meno giovane.

Campi di intervento

Se la tendenza illustrata nei paragrafi precedenti non si arresterà, nel medio/lungo periodo l'effetto della crisi demografica rischia di avere conseguenze pesanti sul Prodotto interno lordo, sull'occupazione e sui conti pubblici. Occorre quindi mettere in campo un più ampio sostegno alle politiche attive del lavoro e appare prioritario rispettare tutti gli impegni del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr). Il problema, come rileva Istat nel suo ultimo *Rapporto annuale*, è che l'Italia (e la Toscana evidenzia dinamiche demografiche ancor più marcate) presenta una "fragilità demografica strutturale", accentuatasi certamente a causa della pandemia, ma accumulata nel corso degli anni. Preoccupa la tenuta del sistema previdenziale e di welfare nel suo complesso, condizione indispensabile per la sostenibilità del debito pubblico nel medio periodo. Per una popolazione che vede flettere in modo così drastico il numero dei nuovi nati (dunque dei futuri occupati) e che continua a invecchiare, i conti della previdenza, in un sistema a ripartizione in cui sono gli attivi a sostenere il peso dei pensionati, rischia di entrare in grave sofferenza.

Tale situazione richiede sicuramente interventi importanti, anche se è bene sottolineare che al momento ci troviamo ancora in pieno "autunno demografico", poiché le coorti che oggi si affacciano sulla vita adulta e sul lavoro non sono ancora ristrette come quelle che seguiranno nei prossimi due decenni. Possiamo quindi segnalare almeno tre campi di intervento:

1. numero delle nascite;
2. mobilità demografica;
3. silver economy.

Un aumento della natalità è auspicabile sia per le ricadute dirette sia per quelle indirette. Visto che è ormai evidente che la popolazione continuerà a diminuire e la componente anziana ad aumentare, l'unico aspetto su cui possiamo ancora agire è quello di non far diminuire troppo la componente che ha il compito di generare benessere economico e sociale.

Tra lo scenario meno sfavorevole delle ultime proiezioni Istat e quello più favorevole c'è un margine di prospettive che dipende dalla dinamica delle nascite (in combinazione con il contributo dell'immigrazione). Sul resto del divario agiscono le ricadute indirette del rafforzamento dell'occupazione giovanile e femminile, che sono strettamente legate alle politiche familiari e ai meccanismi del rinnovo generazionale. La natalità non può aumentare se non migliora tutta la transizione scuola-lavoro e se non aumentano le opportunità di valorizzazione del capitale umano dei giovani nel mondo del lavoro. D'altro canto, i giovani

che conquistano nei tempi e modi adeguati l'autonomia e formano una propria famiglia tendono a essere più impegnati e responsabilizzati verso un ruolo sociale attivo. Politiche a supporto di tali scelte hanno quindi ricadute sia sulla vitalità demografica sia sul dinamismo sociale ed economico.

Allo stesso modo la natalità non può aumentare in modo solido se rimane bassa l'occupazione femminile e viceversa. Le politiche che armonizzano tempi di lavoro e responsabilità familiari consentono a chi ha figli di poter avere un impiego e a chi ha un impiego di non rinunciare ad avere figli. In altri termini, aumento delle nascite, dell'occupazione giovanile e della partecipazione femminile, assieme a una immigrazione con possibilità di adeguata integrazione, convergono in modo coerente verso lo scenario più alto, rafforzando le condizioni di sviluppo inclusivo e sostenibile.

Un secondo passaggio riguarda la mobilità demografica: se da un lato, si registra l'emigrazione di giovani formati su cui il Paese ha investito risorse che poi vanno all'estero in cerca di occupazione, dall'altro, c'è il tema dell'immigrazione. Considerando le previsioni sul calo dei residenti, non è pensabile di compensare quel numero solo con la popolazione immigrata, perché in tali dimensioni non sarebbe facilmente integrabile, anche se non si può prescindere (per provare a risolvere la situazione) da importanti e ben regolamentati flussi immigratori. Molto si giocherà su controllo-programmazione e integrazione dei flussi dei nuovi migranti: tutti i Paesi occidentali (non solo l'Italia) dovranno fare i conti con questa componente della dinamica demografica destinata a pesare ancora di più nel futuro.

Infine, la "silver economy", la capacità cioè di gestire, e anzi trasformare in un'opportunità le necessità economiche che gravitano attorno all'aumento velocissimo della popolazione anziana: l'Italia è tra i primi Paesi (insieme a Giappone e Germania) che inevitabilmente ha iniziato a sviluppare un'economia per la terza età e può quindi tramutare questa esperienza in una leva per offrire nel futuro servizi e prodotti a economie giovani, che per forza di cose andranno incontro al processo di invecchiamento.

Una possibile soluzione: il caso del Trentino

La differenza tra condanna alla riduzione continua delle nascite e tenere, invece, aperta la possibilità di inversione della tendenza si gioca nei prossimi anni.

Come ben illustrato in un recente articolo dal demografo Alessandro Rosina (*Per invertire la flessione delle nascite dobbiamo replicare il modello Trentino*, il Sole 24 ore, 22 ottobre 2022), il caso del Trentino mostra in modo concreto che questa possibilità esiste. In tale regione si registra una maggiore possibilità di ricorrere ai servizi per l'infanzia rispetto al resto del Paese, tramite i nidi comunali e i nidi familiari (*Tagesmutter*); le pratiche di welfare aziendale sono più sviluppate, in quanto favorite da una consolidata cultura della conciliazione, e sono più consistenti gli aiuti economici alle famiglie con figli. I minori costi e la minore complicazione organizzativa che porta l'arrivo di un figlio incentiva, chi ha un orientamento familiare positivo, ad andar oltre e averne uno in più anziché uno in meno.

Un segnale dell'efficacia delle politiche familiari è la percentuale di chi va oltre il secondo figlio. Negli ultimi dieci anni è aumentata nel territorio la propensione a passare dal primo al secondo e più recentemente dal secondo al terzo, portando chi ne ha tre o più a quasi il 15% sul totale delle coppie con figli, contro una media nazionale attorno al 10%. Non è un caso che tutto ciò si combini con un tasso di *Neet* (persone che non studiano, non lavorano, non partecipano a percorsi formativi) sensibilmente più basso rispetto alla media nazionale e con un tasso di occupazione femminile vicino ai livelli medi europei. Ma le politiche familiari funzionano se alimentano un processo di continuo miglioramento. L'ultima misura innovativa introdotta in Trentino è la "dote finanziaria" che prevede per gli under 40 la possibilità di ottenere un prestito bancario per l'avvio di un nucleo familiare e un contributo per la sua estinzione parziale o totale alla nascita (o adozione) di un figlio. Va quindi a favorire sia l'autonomia delle nuove generazioni, sia l'assunzione di responsabilità genitoriali.

Va sottolineato che si tratta di una provincia che ha potuto contare su risorse maggiori, ma altre regioni autonome non hanno avuto gli stessi risultati. Inoltre il fondo Next generation Eu consente a tutto il Paese di mettere da parte l'alibi delle risorse e concentrarsi sulle misure da realizzare.

Disuguaglianze sociali e condizioni di povertà

C. Corezzi (Regione Toscana), A. De Conno (Federsanità Anci Toscana)

Povertà e vulnerabilità

Secondo le simulazioni (condotte con l'ausilio del modello di microsimulazione fiscale MicroReg, ancorato ad Eusilc 2019), il reddito disponibile delle famiglie italiane nel 2020, a seguito della pandemia, si è ridotto del 3% rispetto al periodo pre-Covid-19¹. Le famiglie con maggiore diminuzione sono quelle in cui il capofamiglia lavorava prima della pandemia, soprattutto come autonomo (-9%) e con meno di 50 anni (-6%). Le famiglie del primo quinto della distribuzione dei redditi sono state salvaguardate dai trasferimenti pubblici, mentre la riduzione del reddito è stata forte per il quinto più ricco di famiglie (-6%). In assenza degli interventi pubblici, il reddito disponibile delle famiglie sarebbe diminuito del 7%, in media, del 14% per il quinto più povero di famiglie.

Gli interventi messi in campo a protezione delle famiglie hanno consentito di contenere gli effetti della pandemia sulla povertà assoluta che è passata in Toscana dal 3,2% al 3,3%. Se non ci fossero stati gli interventi pubblici avrebbe colpito il 5,9% delle famiglie.

La pandemia è stata un evento del tutto inatteso che ha fatto emergere un tema che non può più essere escluso nelle analisi sulle povertà, cioè quello della vulnerabilità. La vulnerabilità alla povertà riguarda quella parte di popolazione che non si trova in uno stato "conclamato" di povertà, ma ha un elevato rischio di cadervi nel futuro.

Le persone che persistono in uno stato di povertà con maggiore frequenza presentano età avanzate, titoli di studio bassi e fanno parte di nuclei familiari numerosi rispetto alle persone che passano dal fenomeno della povertà in modo più saltuario. Il rischio di cadere in povertà aumenta per gli stranieri, per i disoccupati, i lavoratori autonomi, per coloro che hanno solo la scuola dell'obbligo e all'aumentare della dimensione del nucleo e del numero di figli.

Per quanto riguarda i beneficiari di reddito di cittadinanza (Rdc), la fruizione per periodi di tempo molto lunghi potrebbe, d'altra parte, essere spiegata con il fenomeno della persistenza nella povertà che, come detto riguarda una parte rilevante della popolazione.

I beneficiari di lunga durata appartengono a famiglie di 1 o 2 persone, con capofamiglia italiano, di età compresa tra i 45 e i 64 anni, disoccupato senza alcun ammortizzatore sociale: alcune di queste peculiarità, come la condizione di disoccupazione e la cittadinanza, sembrano in parte combaciare con quelle delle persone in povertà cronica.

Come ormai è noto, la povertà è un fenomeno che presenta vari aspetti, non solo reddituali. Alle risorse di tipo economico, ovvero il capitale materiale più facilmente misurabile e

¹ Il quadro di seguito riportato è in larga parte implementato con le informazioni ed i dati tratti dal *Quinto rapporto sulle povertà e l'inclusione sociale in Toscana anno 2021* (a cura dell'Osservatorio sociale regionale), al quale si rimanda per una disamina più approfondita dei vari temi disponibile al link: <https://www.regione.toscana.it/documents/10180/13843813/Pov21-VI-web.pdf/b90ad144-7e81-b288-2631-9f1347fb1267?t=1644501315736>

utilizzato per collocare l'individuo-famiglia sopra o sotto la convenzionale soglia di povertà, si aggiungono le risorse riferibili alla dimensione del capitale culturale ricomprese in un continuum che va da una situazione di dotazione minima corrispondente alla delega, o squalificazione della scelta, ad una situazione di piena autonomia e potere decisionale; e le risorse derivanti dalla dotazione di capitale relazionale nelle sue diverse declinazioni (familiari, amicali e di vicinato), che si sviluppano da un estremo negativo di marginalità a un estremo positivo di integrazione. Di seguito si riportano approfondimenti su alcune tematiche.

La povertà educativa

Una dimensione del disagio sociale, che può portare allo sviluppo di “carriere di povertà” nella vita delle persone, è quella della povertà educativa.

Il Quinto piano nazionale di azione ed interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva (Ministero del lavoro e delle politiche sociali – 2021) la definisce come l'impossibilità per i minorenni di apprendere, sperimentare, sviluppare e far fiorire liberamente capacità e aspirazioni, coltivare inclinazioni e talenti anche a causa delle condizioni economiche disagiate. Nel contesto di una visione multidimensionale della povertà, l'istruzione è dunque interpretata come una dimensione essenziale, alla luce di quanto una condizione economica svantaggiata possa avere radici anche in un divario educativo.

Le origini di tale situazione possono anche ritrovarsi negli avvenimenti e nelle caratteristiche sociali del contesto familiare e di crescita che influenzano le chance di vita fin dai primi mesi. Per questo motivo sono a rischio in particolare i nuclei familiari con misure di sostegno attivate e presenza di almeno un minore in fascia di età 0-3 anni, che necessitano di supporto sia per l'alfabetizzazione sanitaria sia per quella genitoriale ed educativa.

Istat, in collaborazione con la Ong Save the children e un gruppo di ricerca multidisciplinare, ha definito l'indice di povertà educativa (Ipe), una misura sintetica del fenomeno attraverso quattro dimensioni (relazioni primarie e competenze, attitudine alla resilienza, partecipazione sociale e alla formazione, standard di vita, salute e sicurezza) e 12 indicatori, opportunamente standardizzati con la metodologia min-max aggiustata in modo che il valore di riferimento sia pari a 100; tale standardizzazione consente di effettuare confronti spazio-temporali. Il risultato del procedimento è un indice che varia solitamente tra 70 e 130, standardizzato rispetto al valore di riferimento per l'Italia, fissato a 100.

In altri termini, viene considerata la mancanza di competenze necessarie per avere successo (capacità cognitive); le capacità di relazionarsi con gli altri e di scoprire sé stessi e la società (capacità non cognitive); le capacità per condurre una vita inclusiva, sana, sicura (determinanti materiali, standard di vita, salute e sicurezza), per sviluppare l'attitudine ad avere fiducia in sé stessi e nelle proprie capacità (resilienza).

Nel tentativo empirico di misurazione, la Toscana (valore 95) si colloca positivamente al di sotto del valore di riferimento nazionale (100), dietro a Friuli-Venezia Giulia, Piemonte, Emilia-Romagna, Lombardia e Liguria. Gli indici attualmente disponibili non consentono però di misurare le differenze territoriali, che quasi certamente presentano situazioni molto diverse all'interno della regione.

Risulta comunque riduttiva l'adozione di una prospettiva di analisi solo quantitativa rispetto alla complessità del tema, che invece potrebbe giovare di una più utile e opportuna connessione con indici qualitativi rintracciabili non solo nei contesti educativo/scolastici (pensiamo ai nidi e alle scuole dell'infanzia), ma anche in quelli familiari. Aspetto che la pandemia da Covid-19 ha messo in luce come uno dei nodi più critici riguardo all'apprendimento è quello del *digital divide* e quindi la disparità di disponibilità di device e di connessione con banda adeguata: è sicuramente un tema da indagare maggiormente e considerare nelle misure di povertà educativa.

La povertà alimentare

Da un punto di vista definitorio, una persona o famiglia è considerata povera dal punto di vista alimentare se non è in grado di mangiare un pasto con carne, pesce, pollo (o equivalenti vegetariani) per due giorni consecutivi (Eurostat e Istat): rispetto a ciò, si rileva che una quota significativa della popolazione (circa il 23%) non riesce a nutrirsi adeguatamente e che l'Italia si colloca al decimo posto tra le nazioni europee in questa graduatoria (Eurostat, 2018).

Per quanto riguarda la Toscana, il confronto fra il 2019, ultimo anno prima della pandemia, e il 2021 (dati disponibili fino al 30 novembre 2021), mostra come gli interventi di aiuto alimentare alle "nuove povertà" da parte di Caritas - ossia alle persone che si sono rivolte per la prima volta ad un centro operativo negli ultimi 11 mesi - siano aumentati del 13,3%, un incremento che rimane significativo nonostante la più recente ripartenza delle attività economiche e i segnali di ripresa lanciati dall'economia regionale.

Il profilo delle persone che si sono rivolte a Caritas è in misura crescente femminile (+51,1% donne, +34% uomini) e italiano (+48,6% cittadini italiani, +40,2% stranieri).

In generale l'impatto della pandemia sembra aver avuto effetti più gravi su quanti vivono in nuclei familiari pluridimensionali, anche per ciò che riguarda le situazioni di povertà alimentare. Quasi due terzi degli interventi di sostegno alimentare ha riguardato persone disoccupate (62,6%), ma gli occupati sono quasi raddoppiati (+77,1%), anche in conseguenza dell'impatto delle misure restrittive attuate per contenere la diffusione del virus.

Questi dati confermano come a soffrire per la mancanza di cibo o per l'impossibilità a nutrirsi in maniera adeguata non siano più soltanto i soggetti in "povertà estrema" (senza reddito e/o con grave disagio abitativo), ma anche una sempre più ampia e variegata fascia della popolazione scivolata in povertà relativa in seguito all'inasprirsi della crisi economica e dell'emergenza pandemica.

Come la povertà in generale, anche la specifica povertà alimentare ha aspetti peculiari di multidimensionalità, che afferiscono oltre al benessere fisico e materiale anche alle dimensioni culturali, relazionali (dal grado di inserimento in reti familiari e amicali al rischio di isolamento e solitudine) e decisionali (condizione di autonomia).

È quanto è emerso da un'indagine qualitativa condotta da Caritas Toscana, Federsanità Anci Toscana e Università di Siena: la povertà alimentare deriva senza dubbio dalla mancanza di reddito, ma è anche, in maniera crescente, il risultato dell'indebolimento del quadro sociale, relazionale e culturale della persona in difficoltà.

Abitare le disuguaglianze, riflessioni su svantaggi sociali e dimensione abitativa

B. Cigolotti (Regione Toscana), A. Failli e G. Mascagni (Federsanità Anci Toscana)

L'evoluzione degli scenari socio-economici e gli impatti sulla sfera abitativa

A partire dall'immaginario collettivo la sfera abitativa rappresenta uno dei principali elementi di discriminazione nel raffigurare la condizione socio-economica di individui e famiglie. A ragion veduta la casa costituisce una variabile di assoluto rilievo nel determinare forme di disuguaglianza e di povertà, caratterizzate da differenti livelli d'intensità che possono variare da una totale assenza di soluzioni alloggiative come nel caso dei senza dimora, a situazioni d'inadeguatezza abitativa connesse a mancanza di adeguate condizioni igieniche, sovraffollamento, o da un generale stato di insalubrità dell'ambiente domestico (Filandri, Olgner, 2014).

Come è ormai noto la crisi sanitaria ha ulteriormente aggravato le condizioni sociali, sanitarie ed economiche di un'ampia fetta di popolazione, accrescendo in maniera massiva le forme di disuguaglianza che caratterizzano il tessuto sociale regionale. A dimostrazione di questa tendenza, per il 2021, ammontano a 65.613 i nuclei familiari con un valore Isee al disotto dei 3.000 euro, mentre sono in totale 274.604 i nuclei familiari che possiedono un Isee inferiore ai 16.500 euro, ossia il limite reddituale stabilito dalla legge regionale n. 2 del 2 gennaio 2019, entro il quale è possibile avere accesso alle graduatorie di edilizia residenziale pubblica. Un'ulteriore fotografia che testimonia l'incremento delle disuguaglianze è prodotta dall'incidenza di povertà relativa familiare. In Toscana, nel corso del 2021, questa misura di sintesi si è ampliata di 0,8 punti percentuali in rapporto all'anno precedente. La crescita del valore di incidenza di povertà relativa evidenzia dunque che sta aumentando il numero di famiglie che hanno difficoltà nel sostenere i principali costi necessari a garantire un dignitoso stile di vita, fra cui rientrano le spese per il mantenimento dell'abitazione.

Al quadro appena descritto va sommato il vertiginoso rincaro dei costi di vita, delineatosi a seguito delle tensioni geopolitiche intervenute agli inizi del 2022. Secondo i dati Istat nel mese di giugno 2022 l'indice dei prezzi al consumo viaggia ad un ritmo di crescita mensile del +1,2%, mentre su base annuale si stima un aumento dell'8%. Le ragioni primarie di un incremento così sproporzionato sono principalmente da attribuire ad un consistente rincaro dei beni energetici la cui crescita, sempre per il 2022 è passata dal +42,6% di maggio al +48,7% di giugno. In questa tendenza non fanno eccezione i beni alimentari e quelli per la cura della persona e della casa che a giugno 2022 hanno registrato un aumento del +8,3%¹.

¹ I dati Istat riportati nel testo sono consultabili al seguente link:

<https://www.istat.it/it/archivio/272539#:~:text=L'inflazione%20acquisita%20per%20il,3%25%20nel%20mese%20precedente>

Proiettando lo sguardo verso il futuro prossimo, l'insieme delle dinamiche in atto citate sinteticamente nelle righe sovrastanti, lasciano intravedere un periodo che si preannuncia particolarmente intenso per garantire la salvaguardia dell'esigibilità del diritto di accesso alla casa.

Proprietà e locazione, il contenimento delle disuguaglianze abitative attraverso il Fondo sociale per l'affitto

Per sviluppare un'efficace analisi rispetto al tema della sfera abitativa il primo punto di riflessione non può che riguardare il titolo di godimento delle abitazioni che caratterizza una determinata popolazione. La casa rappresenta infatti un bene di prim'ordine nel delineare vantaggi o svantaggi di tipo economico.

In uno sguardo al contesto regionale si nota una netta predominanza della proprietà come titolo di godimento dell'abitazione, pari all'83,6%, mentre si attestano al 16,4% i locatari. Implicitamente le due modalità di accesso all'abitazione comportano marcate differenze. Procedendo con ordine, la proprietà della casa è incentivata dalla presenza di un buon bagaglio di risorse sociali ed economiche a disposizione del soggetto che ne acquista il possesso. Con una discreta frequenza nel nostro Paese si riscontra una marcata inclinazione a tramandare in eredità il bene immobiliare, o a fornire, a livello familiare, un aiuto all'acquisto. La pratica appena descritta denota sia un insieme di vantaggi di carattere sociale derivanti dal supporto della cerchia familiare, sia dei benefici di carattere economico provenienti dal possesso stesso dell'abitazione. In una prospettiva sociale più ampia il modello di solidarietà familistico menzionato "riproduce vantaggi e svantaggi sociali, tra chi eredita o riceve e chi no" (Filandri et al., 2020). A supporto di questa tendenza vanno altresì annoverati anche i numerosi interventi di politica abitativa che storicamente si sono collocati a supporto della proprietà, come ad esempio, l'introduzione della legge n. 208 del 28 dicembre 2015, con la quale è abrogato il pagamento della Tasi e il pagamento dell'Imu sulla prima casa, oppure gli incentivi di ristrutturazione edilizia riconducibili al superbonus del 110% introdotti dal recente decreto legge *Rilancio* del 19 marzo 2020.

Sebbene sia inesatto e ampiamente disconfermato che sussista una corrispondenza fra proprietà dell'abitazione e maggior livello di ricchezza, è comunque più diffuso trovare una correlazione fra locazione e presenza di soggetti locatari appartenenti a fasce reddituali medio-basse² (Filandri, 2009). Un importante supporto al sostegno dei canoni di locazione per quest'ultimo target è offerto dalla legge n. 431/98 Disciplina delle locazioni e del rilascio degli immobili adibiti ad uso abitativo. Nonostante l'epoca ormai datata di entrata in vigore della legge, è comunque opportuno richiamare gli importanti cambiamenti a suo tempo introdotti. Il primo riguarda la liberalizzazione del mercato delle locazioni, con conseguente abrogazione

2 Per approfondire la correlazione fra reddito e titolo di godimento abitativo si rimanda a Osservatorio regionale (2021). Capitolo 3 "Il mercato immobiliare", *Abitare in Toscana. Decimo rapporto sulla condizione abitativa*, Firenze: Regione Toscana. Link di riferimento: <https://www.regione.toscana.it/documents/10180/13844663/Cond+abit+2021-web.pdf/fd3a12f7-8dfb-8284-d147-8eb1350858ec?t=1638774810706>

dell'equo canone (legge n. 392/78). Un secondo cambiamento riguarda invece l'introduzione di una più sistemica modifica al generale approccio degli interventi di supporto alla sfera abitativa. Le risorse stanziare dal Fondo sociale per l'affitto rappresentano un importante elemento di riequilibrio rispetto alle disuguaglianze che si possono venire a produrre a partire dalla dimensione abitativa. I supporti economici intervengono infatti in favore di quell'insieme di soggetti e nuclei familiari con situazioni reddituali medio-basse, tali da non consentire né il mantenimento dei costi connessi all'abitazione, né quelli per mettersi a riparo da altre forme di vulnerabilità sociale. Rispetto all'erogazione dei finanziamenti, la legge n. 431/98, conseguentemente all'approvazione in legge finanziaria, prevede di far transitare le risorse del Fondo dal Ministero delle infrastrutture e della mobilità sostenibile verso le Regioni, che a loro volta provvedono ad effettuare una successiva redistribuzione tra i Comuni.

In risposta alle criticità sopraggiunte conseguentemente alla diffusione dell'emergenza sanitaria Covid-19 il Ministero delle infrastrutture e della mobilità sostenibile, per mezzo del decreto 12 agosto 2020, è intervenuto aumentando gli stanziamenti e allargando la platea di soggetti beneficiari del Fondo sociale per l'affitto. Al netto del perdurare delle forme di disagio abitativo acute dall'emergenza, per il 2022, il Ministero delle infrastrutture con il decreto 13 luglio 2022 ha dotato il Fondo sociale per l'affitto di uno stanziamento di 330 milioni di euro. Quest'ultimo decreto conferma quanto già disposto dal decreto 12 agosto 2020, prevedendo, fermo restando i criteri adottati dai singoli bandi regionali, l'ampliamento della platea di beneficiari dei supporti offerti dal fondo, esteso ai soggetti in possesso di Isee non superiore a 35.000 euro, muniti di un'autocertificazione nella quale si dichiara di aver subito, in ragione anche dell'emergenza Covid-19, una perdita del proprio reddito Irpef superiore al 25%. In risposta alle novità introdotte dal decreto ministeriale, Regione Toscana, per mezzo della delibera di Giunta regionale 8 agosto 2022 n. 972, ha recepito gli orientamenti apportando le necessarie modifiche, comprensive di innalzamento del valore Isee a 35.000 euro e comprovata riduzione del 25% del reddito, alla delibera di Giunta regionale n. 402/2020 con cui sono sanciti i criteri per l'accesso al Fondo integrazione canoni di locazione.

Allo stato attuale il totale degli stanziamenti provenienti dal Fondo sociale per l'affitto messi a disposizione della Toscana per il 2022 ammontano a circa 21 milioni di euro, segnando il più alto livello di finanziamento di risorse dell'ultimo decennio, in risposta ad un quadro socio-economico che, come abbiamo visto, si preannuncia caratterizzato da severe criticità rispetto alla dimensione abitativa. All'atto pratico le risorse del Fondo sono destinate a due principali target di beneficiari³. Il primo denominato di fascia A, si identifica con una platea di soggetti con bassi livelli di reddito. In totale per il 2021 sono state 15.149 le richieste di contributo pervenute da questa tipologia di beneficiari, registrando un aumento del 21,7% rispetto all'anno precedente, a dimostrazione di un acuitarsi delle situazioni di svantaggio

³ Nel testo non entreremo nel dettaglio della specifica composizione dei due target di beneficiari, regolati dalla deliberazione Gr n. 402 del 30 marzo 2020 e successivamente modificati dalla deliberazione Gr n. 972 dell'8 agosto 2022, per il cui approfondimento si rimanda alla lettura del capitolo 3 "Il mercato immobiliare", *Abitare in Toscana. Decimo rapporto sulla condizione abitativa*, Firenze: Regione Toscana. Link di riferimento: <https://www.regione.toscana.it/documents/10180/13844663/Cond+abit+2021-web.pdf/fd3a12f7-8dfb-8284-d147-8eb1350858ec?t=1638774810706>

connesse al mantenimento delle spese abitative da parte di individui e nuclei familiari a basso reddito. La seconda tipologia di beneficiari, denominata fascia B, è composta invece da una pluralità di soggetti che conseguentemente agli effetti della crisi sanitaria hanno subito una decisa diminuzione del proprio reddito incorrendo in situazioni di sofferenza economica tali da produrre difficoltà al saldo dei canoni di locazione e al sostentamento delle altre spese di vita. Per questo specifico target, identificabile come “fascia grigia”⁴, le domande di contributo pervenute per il 2021 sono state in totale 5.204, con un incremento del 14,5% rispetto al 2020. La crescita delle richieste per questa fascia di beneficiari fornisce una preziosa indicazione per comprendere come l’aumento dei costi dovuti alla spinta inflazionistica, congiuntamente al deterioramento delle condizioni sanitarie e del panorama economico-occupazionale, stiano producendo delle difficoltà abitative che coinvolgono individui e nuclei familiari con livelli di reddito che non consentono più il sostentamento delle spese per la casa.

Dal blocco alla ripartenza dei provvedimenti di sfratto, prospettive per il contenimento della tensione abitativa

A partire dalla prima ondata pandemica uno dei provvedimenti più rilevanti per contenere la tensione abitativa è stato introdotto mediante il blocco degli sfratti per morosità. In una prima fase il decreto legge n. 18 del 17 marzo 2020, meglio conosciuto come *Cura Italia*, ha sospeso i provvedimenti di sfratto fino al 30 giugno 2020. A causa del perdurare dello stato d’emergenza imposto dalla crisi sanitaria, la data di sospensione delle misure di sfratto è stata prorogata, prima fino al 30 giugno 2021 per mezzo del decreto legge n.183 del 31 dicembre 2020, e successivamente fino al 30 settembre o al 31 dicembre 2021, a seconda della data di apertura del procedimento, mediante il decreto legge n. 41 del 22 marzo 2021.

A fronte della straordinarietà dei provvedimenti risulta ancora prematuro poter produrre una quantificazione affidabile rispetto all’insieme di situazioni ad alta tensione abitativa che conducono all’esecuzione di sfratti a causa di gravi situazioni di morosità. Tuttavia, prendendo a riferimento i dati per il 2021, è possibile tracciare alcune traiettorie di tendenza. In totale il numero dei provvedimenti di sfratto eseguiti, per la citata annualità, sono stati 9.537 a livello nazionale e 948 su territorio toscano. Il totale delle esecuzioni risulta piuttosto elevato se si considera che il periodo temporale di riferimento va sostanzialmente a comprendere, a fronte dei blocchi impartiti dal decreto legge n.41 del 22 marzo 2021, unicamente gli ultimi tre mesi dell’anno. Questo andamento viene confermato dal numero di richieste d’esecuzione che rispetto al 2020 è aumentato del 74%, mentre i provvedimenti di sfratto emessi sono cresciuti del 44%. In risposta al pesante aggravio della questione sfratti, il Ministero delle infrastrutture e delle mobilità sostenibili, mediante il decreto 30 luglio 2021, ha dotato il Fondo nazionale inquilini

⁴ Con questo appellativo si indentificano quei soggetti con un reddito che tendenzialmente consente il pagamento del canone di locazione, ma che non permette loro di assolvere alle altre spese di vita per mettersi a riparo da ulteriori rischi di natura sociale non necessariamente connessi alla dimensione abitativa. Soventemente questo target è affine a quello dei cosiddetti “*working poors*” (Taccone, 2009).

morosi incolpevoli, di una consistente allocazione di risorse, pari a 50 milioni di euro, delle quali è stato ripartito alla Regione Toscana un finanziamento pari a 3.976.413 euro. Ai sensi dell'articolo 6, comma 5 del decreto legge n. 102 del 31 agosto 2013, con il quale è stato istituito il Fondo per la morosità incolpevole, le risorse sono da destinarsi a soggetti che non riescono a corrispondere il canone di locazione a fronte di: perdita del lavoro, riduzione del tempo lavorativo, stato di cassa integrazione, cessazione di attività libero professionali, comprovate cause di forza maggiore. Conseguentemente all'avvento della crisi pandemica il decreto interministeriale del 23 giugno 2020 ha acconsentito a destinare una quota parte delle risorse anche a soggetti che, pur non essendo destinatari di provvedimenti esecutivi di sfratto, presentino un'autocertificazione nella quale dichiarino di aver subito, in ragione dell'emergenza Covid-19, una perdita ai fini Irpef superiore al 25%.

Le recenti misure che hanno riguardato il Fondo per la morosità incolpevole testimoniano il tentativo di mettere a disposizione una quota parte maggiore di risorse per tentare di far fronte al contenimento degli sfratti, agendo sia in una logica d'intervento in risposta ad un bisogno conclamato in presenza di un provvedimento esecutivo di sfratto, sia in una logica preventiva a supporto di soggetti e nuclei familiari che non sono ancora incorsi in situazioni di morosità, ma che rischiano di incapparci a causa di un impoverimento causato dall'emergenza sanitaria. Seppur parziale, la fotografia prodotta dai numeri riportati sopra lascia spazio ad una visione di medio periodo all'interno della quale la questione sfratti si posiziona come una delle principali tematiche di rilievo per promuovere interventi di politica abitativa capaci di porre rimedio ai gravi effetti prodotti dalla perdita dell'abitazione.

Edilizia residenziale pubblica

Come è noto gli interventi di edilizia residenziale pubblica (Erp) svolgono un ruolo chiave nell'offrire possibilità di accesso alla casa ad un insieme di nuclei familiari e individui in situazioni di difficoltà sociale ed economica. A livello regionale le modalità di accesso all'Erp sono regolate dalla legge regionale n. 2 del 2 gennaio 2019. Una delle principali condizioni che consentono di poter entrare nella graduatoria di edilizia residenziale pubblica è quella di possedere un valore Isee inferiore ai 16.500 euro, a certificazione di una comprovata impossibilità economica tale da non consentire il reperimento di soluzioni alloggiative attraverso il libero mercato. Nel primo paragrafo si è fatto cenno al generale stato d'impoverimento che sta attanagliando una fetta crescente di popolazione. Nel 2021 in Toscana sono stati rilevati in totale 274.604 nuclei familiari aventi un Isee complessivo inferiore ai 16.500 euro, certificando la necessità di sviluppare interventi direzionati verso l'ampliamento dell'offerta di soluzioni alloggiative capaci di rispondere ai bisogni di una fetta di popolazione in espansione che si trova a vivere in situazioni inclini a forme di marginalità sociale.

Per ampliare la qualità e la portata del sistema di edilizia residenziale pubblica è stato recentemente approvato dal Ministero delle infrastrutture e della mobilità sostenibile il Piano "Sicuro, verde e sociale: riqualificazione dell'edilizia residenziale pubblica", all'interno del quale Regione Toscana, conseguentemente alla Dgr n. 595 del 23 maggio 2022, potrà

avvalersi di un finanziamento di oltre 93 milioni di euro, a valere sul Fondo complementare del Pnrr, per la riqualificazione di 2.750 alloggi adibiti ad uso Erp.

La direzione tracciata da questi interventi va inevitabilmente verso un ampliamento dell'offerta alloggiativa di edilizia residenziale pubblica nel tentativo di offrire risposte tangibili ad una fetta di popolazione, che in conseguenza dell'emergenza sanitaria, ha riscontrato un aggravio delle proprie condizioni sociali ed economiche.

Housing first in Toscana

Nel corso dei primi mesi di lockdown è diventato centrale nel discorso pubblico il tema dell'abitare, a partire dalla constatazione di quanto la disponibilità di un alloggio sicuro, spazioso, economicamente sostenibile, inserito in una rete di relazioni affettive e amicali fosse fondamentale nell'assicurare il benessere e la "sicurezza tanto personale quanto ontologica" (Madden e Marcuse 2020, v. anche Padgett, 2007). Alla luce di questa considerazione, appare ancora più rilevante aprire una riflessione sulle persone che una casa non ce l'hanno. Il fenomeno dei senza dimora è decisamente sfaccettato e, come ricorda la classificazione Ethos⁵ (European typology of homelessness and housing exclusion), non è riducibile al semplice "vivere in strada", ma ricomprende una complessa intersezione di disagi tanto abitativi quanto socio-sanitari (Gnocchi, 2009; Porcellana, 2016; Meo, 2021).

Il modello di intervento *Housing first* (Hf) fonda le sue radici sul principio che la casa è un diritto umano primario. Questo approccio prevede che i percorsi di autonomia delle persone senza dimora prendano avvio dall'accesso alla casa, con un accompagnamento intensivo dei servizi orientato alla reintegrazione sociale e all'ottenimento di un benessere soggettivo; al centro del modello viene messa la persona e la sua autoderminazione (cfr. Cortese, Iazzolino, 2014; Colombo, Saruis, 2015; Licursi, Marcello, 2016; Cortese, Zenarolla, 2016).

Si tratta di un modello che prevede che l'intensità del supporto e dell'accompagnamento offerto dall'operatore vari al variare dei bisogni della persona, sia flessibile e negoziabile. A seconda delle caratteristiche della persona inserita in abitazione, Hf prevede due approcci differenti (Cortese, Iazzolino, op.cit.):

1. *Assertive community treatment* (Act): pensato per persone con problemi di salute mentale caratterizzati da una certa gravità, prevede che un'equipe multidisciplinare lavori con la persona direttamente a casa.
2. *Intensive case management* (Icm): utilizzabile per persone con problematiche considerate di minor gravità, prevede che sia la persona a recarsi presso i diversi servizi e professionisti, accompagnata dall'operatore Hf.

In entrambi i casi, accanto alla centralità della persona vi è la necessità della presenza di un'equipe multidisciplinare che accompagni il progetto⁶; vedremo poi quanto la reale operatività nel tempo di tali equipe sia un punto di criticità nell'applicazione del modello in Toscana, territorio in cui attraverso l'avviso n. 4/2016 del Programma operativo nazionale

⁵ www.feantsa.org/download/en-16822651433655843804.pdf

⁶ Cfr. Infra, "Le risorse per la marginalità estrema".

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 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.

La progettualità promossa da Regione Toscana sull'avviso n. 4/2016 fa riferimento alle *Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia*, che sono il primo documento ufficiale di programmazione nel settore della grave marginalità⁷. In Italia a promuovere la conoscenza e sperimentazione del modello è stata principalmente, a partire dal 2014, la fio.Psd - Federazione italiana degli organismi per le persone senza dimora, che ha fondato e coordinato il network *Housing first* Italia a cui aderiscono organizzazioni del settore pubblico, privato e del privato sociale.

Sono stati individuati dei territori sulla base dei progetti esistenti e divisi a seconda del grado di rispondenza al modello Hf promosso da fio.Psd e, tra questi, si è scelto di coinvolgere in un'attività di ricerca quelli più aderenti al modello teorico originale (Pisa, Livorno, Lucca, Grosseto).

Obiettivo principale della ricerca⁸ è stato quello di comprendere caratteristiche, punti di forza e criticità dell'applicazione del modello nei diversi territori toscani, al fine di poter fornire elementi conoscitivi utili a una eventuale futura programmazione regionale dei servizi per persone senza dimora.

Per rendere conto delle differenze territoriali nell'adozione dell'approccio Hf, abbiamo preso in considerazione alcune dimensioni, nello specifico: percorso storico di adozione; modalità di selezione dei beneficiari; modello di presa in carico; modello organizzativo adottato; aderenza al modello Hf.

Per quanto riguarda il percorso storico di queste esperienze, si distacca l'ambito territoriale di Pisa, nel quale la sperimentazione era avviata già prima della linea progettuale del Pon. Esisteva già una equipe del privato sociale che si poneva a lato dell'assistenza sociale nella costruzione di interventi di sostegno all'emergenza abitativa. Mentre al servizio sociale era deputata la presa in carico formale, erano gli operatori della cooperativa a costruire le attività contestuali di accompagnamento ai soggetti destinatari di aiuto. Gli operatori del contesto pisano hanno iniziato a partecipare alle formazioni offerte da fio.Psd a partire dal 2014, questo

⁷ Le *Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia*, sono state sottoscritte nel novembre 2015 in Conferenza unificata Stato Regioni, 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. Il gruppo si è avvalso della segreteria tecnica della fio.Psd e ha coinvolto, in particolare, le 12 città con più di 250mila abitanti, dove il fenomeno è più diffuso. Del tavolo hanno fatto parte i diversi livelli di governo, rappresentati dalla Commissione politiche sociali della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome e dell'ANCI, oltre al Ministero delle infrastrutture (Dg per le politiche abitative).

⁸ La ricerca è stata realizzata attraverso lo strumento del focus group (Stagi, 2001; Acocella, 2005; Colella, 2011), così suddivisi:

1. quattro focus group territoriali multiprofessionali che hanno visto la partecipazione dei diversi attori e servizi che in termini operativi gestiscono e implementano il modello sul singolo territorio;
2. un focus group trans-territoriale che ha visto la partecipazione dei soggetti dirigenziali/amministrativi dei quattro territori presi in esame.

permette di spiegare per quale ragione questo caso si sia dimostrato quello maggiormente aderente al modello Hf. Lo stesso ente gestore ha, in un secondo momento, avviato anche la sperimentazione dell'ambito territoriale di Livorno. Questo progetto beneficia dello stimolo da parte di un gruppo di lavoro già formato, con la possibilità di svolgere un training degli operatori a partire dall'esperienza dei due responsabili. La sperimentazione dell'ambito territoriale di Lucca è relativamente recente, parte a inizio 2020, appena qualche settimana prima della pandemia, con due appartamenti, di cui uno di edilizia residenziale pubblica. Il contesto lucchese viene da una pregressa esperienza di gestione della cosiddetta "emergenza freddo", con il tentativo di trovare una modalità di lavoro che faccia gioco sulla competenza del Terzo settore locale per raggiungere una popolazione che l'assistenza sociale difficilmente riesce a monitorare e con cui sono evidenti le problematiche relazionali.

Anche l'ambito territoriale di Grosseto si presenta come un'esperienza legata al Piano operativo nazionale inclusione, ossia inerente quei finanziamenti relativi alle spese per servizi, con una problematica più marcata rispetto agli altri contesti per quanto riguarda la scansione temporale del progetto. Il progetto, infatti, è stato avviato nel 2017 ed è terminato prima degli altri, a causa dell'esaurirsi delle risorse allocate.

In linea generale, la selezione dei beneficiari è stata il frutto di un lavoro di condivisione e discussione da parte di equipe appositamente costituite, con il coinvolgimento di vari operatori sociali e sanitari. In tutti i casi è stato richiesto ai beneficiari di aderire alla sperimentazione, ma l'individuazione delle persone da inserire nel progetto è stata promossa dagli operatori. La selezione si è incentrata sull'andare a cogliere quelle situazioni in cui ci fossero state maggiori difficoltà nel percorso di vita, una lunga permanenza in strada con eventualmente il fallimento conclamato di altri modelli di intervento. Differisce in parte Grosseto, dove la selezione dei soggetti sembra rivolgersi meno alla cronicità della presenza in strada e più a una valutazione sulle caratteristiche di "adeguatezza" rispetto alla prospettiva di poter mantenere una abitazione. Hf costituisce uno spazio che si configura nella lettura degli operatori intervistati come ultimo riparo a fronte di percorsi di strada, dipendenza e malattia mentale cronicizzati e non risolvibili attraverso il dormitorio.

La presa in carico "classica" del servizio sociale viene letta come eccessivamente rigida rispetto alle necessità di Hf, e non sufficientemente improntata alla costruzione di un percorso verso l'autonomia e la progettazione del sé, e in particolare volto a «restituire il potere decisionale alla persona, e quindi non vincolare i processi di accompagnamento all'aderenza a un progetto che ha stabilito l'operatore, ma lasciare che sia la persona a costruire il proprio progetto e metterci quindi a disposizione per realizzarlo...» (Pisa, operatore 1).

Il fatto di implementare il modello *Housing first* pone necessariamente l'operatore e la sua organizzazione di appartenenza in una postura riflessiva che va in qualche modo a interrogare, e integrare, approcci e pratiche sedimentate e abituali, considerazione emersa praticamente in ogni focus group realizzato.

La relazione con il personale sanitario appare difficoltosa in quanto non sempre in grado di uscire da un paradigma medicalizzante: «Noi con la salute mentale siamo particolarmente in

difficoltà nell'interazione, chiaramente perché poi loro vogliono la spontaneità della persona nel recarsi, che è un ostacolo grossissimo a nostro giudizio, insomma, per cui facciamo veramente fatica» (Lucca, operatore 1).

Accanto alle riflessioni legate alle dinamiche e difficoltà organizzative o agli approcci professionali, è emersa una motivazione che risponde, invece, ai bisogni espressi dai destinatari degli interventi: la richiesta di poter essere seguiti da specialisti privati per sottrarsi al peso dello stigma dell'utente dei servizi di salute mentale.

I termini centrali della relazione con i beneficiari sembrano dunque essere autonomia e desiderio. Desiderio di costruire il proprio percorso di vita nelle direzioni preferite, con una presa in carico che certamente si rivela faticosa e complessa, ma allo stesso tempo efficace nel restituire capacità di agire.

Per riassumere, i quattro casi illustrati finora presentano vari gradi di aderenza al modello Hf. Per quanto riguarda la tipologia di alloggio, vediamo che solamente Pisa si è attenuta rigidamente al monolocale, a differenza di Grosseto e Livorno che hanno offerto delle coabitazioni. A metà fra queste due opzioni, Lucca, che presenta sia monocali sia alloggi condivisi. Per quanto riguarda il titolo d'uso, si distingue Lucca per il suo utilizzo del patrimonio Erp, ancorché non per tutte le sistemazioni. Anche Pisa presenta una commistione fra alloggi provenienti dal mercato privato e offerti a canone ribassato da enti (ecclesiastici, in questo caso). Grosseto e Livorno si sono invece indirizzate verso il mercato privato della locazione. Pisa sembra essere l'unico caso nel quale si è cercato, almeno negli alloggi reperiti sul mercato, di coinvolgere i beneficiari del progetto nelle operazioni di arredamento e acquisto dei mobili.

Uno degli aspetti centrali è quello relativo alla temporaneità dei finanziamenti. Dato che il modello Hf non prevedrebbe di fissare un termine alla progettualità, diviene cruciale il reperimento delle risorse, infatti «è chiaro che avere un termine finanziario che poi diventa termine operativo» (Pisa, dirigente) sia problematico nel caso di ambiti territoriali che vorrebbero dare continuità alla progettazione. Questo, inoltre, ha una ricaduta molto concreta sui percorsi dei beneficiari, i quali potrebbero non avere la certezza della copertura per tutto il tempo necessario allo svolgimento di un progetto che, per la sua impostazione, può essere anche molto lungo. Nel caso di Grosseto, ad esempio, la temporaneità è stata piena ed esplicitata fin dall'inizio ai beneficiari, con dei potenziali effetti perversi sulla loro capacità di avviare un percorso di autonomia.

A partire dagli elementi emersi nel corso della ricerca possiamo iniziare a sistematizzare alcuni punti chiave, emersi a più riprese, sui quali i soggetti intervistati pongono l'attenzione:

- a. la necessità di una programmazione che dia continuità a questi progetti, per uscire dal vincolo della temporaneità. Questa è una criticità nota del progetto *Housing first* in ambito europeo, considerando la dipendenza da finanziamenti che sono sempre più erogati su base progettuale e su cicli di programmazione;
- b. legato a questo aspetto, possiamo trovare anche quello della rendicontazione, che viene sottolineato come un elemento di forte criticità, in quanto la dimensione innovativa del progetto cozza con una regolamentazione per la rendicontazione che, a detta degli

intervistati, è farraginosa e in costante evoluzione, con un aggravio del lavoro per la divisione amministrativa;

- c. una criticità frequente è relativa alla disponibilità di alloggi. Ciò si presenta come una questione da due punti di vista: da un lato, l'affitto a canoni di mercato rappresenta un costo significativo, che aumenta la difficoltà nel rendere sostenibile nel tempo il progetto; dall'altro si presenta come un problema legato alla stigmatizzazione dei beneficiari, con la riluttanza dei proprietari a concedere in affitto a persone senza dimora. Le soluzioni sono state tre: ottenere gli alloggi da privati con una finalità sociale, e dunque una ridotta percezione dello stigma (come nell'esempio degli alloggi forniti dalla Curia a Pisa); intestare il canone a una associazione o ente del Terzo settore, in modo che questo faccia da garante (come nel caso di Grosseto), per quanto ciò costituisca una deviazione dal modello di Hf più classico; utilizzare alloggi del patrimonio di edilizia residenziale pubblica (come nel caso di Lucca);
- d. la presa in carico si rivela assolutamente carente sul piano sanitario, soprattutto in connessione con le frequenti problematiche derivanti dalla vita di strada sul piano fisico, psicologico e delle dipendenze. In particolare, si rileva come la capacità di coinvolgere i soggetti deputati alla cura sia quasi sempre legata all'esistenza di reti e rapporti personali fra operatori. Da questo punto di vista emerge dunque la necessità di costruire un framework che permetta la collaborazione continuativa e che istituzionalizzi quelle pratiche che al momento rimangono legate ai rapporti personali di conoscenza e stima reciproca. Da questo punto di vista viene anche rimarcata la necessità di dotare le equipe multi-professionali di un certo grado di capacità decisionale. In questo senso, un altro spunto utile va nella direzione di rafforzare i luoghi e gli spazi di confronto fra operatori street-level provenienti da settori differenti, da cui discende ancora una volta il tema della capacità decisionale e del livello di formalizzazione delle equipe multi-professionali. Diviene allora importante la capacità di parlare la stessa lingua, «la lingua della strada» (Pisa, dirigente), ovvero di sistematizzare un confronto professionale fra figure diversificate che tendono a sviluppare rappresentazioni e letture dei beneficiari diverse;
- e. ultimo elemento che ha senso far emergere, soprattutto come punto di attenzione per i soggetti coinvolti nell'implementazione del progetto, è quello del rapporto con i beneficiari. A più riprese è stato sottolineato, nel corso dei focus group, il tema della responsabilità e dell'attivazione dei beneficiari come punto potenzialmente importante dei progetti Hf. Vale però la pena rimarcare che una delle specificità di questo modello risiede esattamente nel presupporre l'assenza di una condizionalità negli interventi che si vanno a realizzare. Detto in altri termini, è necessario tenere a mente che la specificità di Hf richiede una sorta di "sospensione del giudizio" nei confronti delle scelte compiute dai beneficiari. Come abbiamo visto questo è fonte di confusione e fatica da un punto di vista operativo, soprattutto a fronte di soggetti che sono abituati a interpretare diversamente il proprio ruolo professionale, e al non trascurabile interconnettersi di logiche diverse rispetto ad altre misure di sostegno alla povertà e alla marginalità.

Indagine preliminare su senza dimora, salute e accesso alle cure in Toscana. Sintesi delle evidenze principali

In continuità con le attività di ricerca rivolte all'*Housing first*⁹ nel 2021 e con l'attuale impegno in qualità di capofila nel progetto Easi 2020 *Reticulate* dedicato all'attivazione di *one-stop-shop* rivolti a intercettare i bisogni della grave marginalità, anche per l'anno 2022 Federsanità Anci Toscana ha scelto di dedicare uno dei suoi approfondimenti di ricerca, nell'ambito dell'accordo di collaborazione con Regione Toscana (Dgr n.1663/2019) ai senza dimora¹⁰ e in particolare al tema della loro salute e dei percorsi – mancati o compiuti, desiderati o negati – di accesso alle cure. L'obiettivo è stato quello di colmare almeno in parte un preciso bisogno conoscitivo su questa specifica fascia di popolazione, ovvero su chi anche entro i confini territoriali e nell'ambito sociale della Regione Toscana vive “all'estremo limite” (Gui, 1996; Polin, 2022): un limite di disagio, precarietà, abbandono, isolamento, sopportazione fisica, che riguarda sì numeri piccoli, ma che pone enormi sfide sia come interlocutore/oggetto di ricerca tipicamente *hard-to-reach* sia per la complessità e stratificazione delle problematiche espresse.

Alla luce di ciò, il disegno della ricerca che ha guidato l'*Indagine preliminare su senza dimora, salute e accesso alle cure in Toscana*¹¹ ha previsto di rivolgersi a due diversi destinatari: ai senza dimora nel particolare ruolo di curati o di richiedenti cure; ai professionisti dell'ambito sanitario (medici, infermieri, Oss) afferenti ai Dipartimenti emergenza-urgenza e accettazione (Dea) ospedalieri (talvolta nella doppia veste di volontari in ambulatori sociali) nel ruolo di curanti alle prese con problematiche complesse non solo sanitarie, ma anche sociali. Selezionate per criteri di consistenza del fenomeno, criticità segnalate e buone pratiche attive nelle aree territoriali di Firenze e di Pisa, il lavoro sul campo si è dunque articolato in due distinte fasi di rilevazione, condotte con adeguati strumenti di rilevazione.

La prima fase è stata quella della rilevazione tramite questionario strutturato somministrato da operatori formati a senza dimora segnalati dalle strutture a bassa soglia di loro abituale frequentazione: nell'area urbana di Firenze tra settembre e dicembre 2021 sono stati raccolti 84 questionari; nell'area urbana di Pisa tra gennaio e febbraio 2022 sono stati raccolti 35 questionari.

La seconda fase di rilevazione tramite interviste in profondità ha visto partecipare 6 medici e 4 infermieri per il Pronto soccorso dell'Ospedale di Santa Maria Nuova (Azienda Usl Toscana Centro, Firenze); e 5 medici, 7 infermieri e 3 Oss per il Pronto soccorso dell'Azienda ospedaliero-universitaria Pisana Cisanello, per un totale di 25 professionisti sanitari.

⁹ Si veda, in particolare, il *Rapporto OSR 2021*, cap.8 *La centralità dell'Abitare: Housing first in Toscana* (AA.VV. 2021).

¹⁰ Secondo la definizione Istat (2015), ripresa anche da fio.Psd (<https://www.fiopsd.org>) e in linea con la classificazione ETHOS elaborata dall'Osservatorio europeo sull'*homelessness*, è considerata senza dimora la persona che versa in uno stato di povertà materiale e immateriale e connotato dal forte disagio abitativo, cioè dall'impossibilità e/o incapacità di provvedere autonomamente al reperimento e al mantenimento di un'abitazione in senso proprio.

¹¹ I risultati completi dell'indagine saranno pubblicati sul *Sesto rapporto sulle povertà e l'inclusione sociale*, in corso di elaborazione.

Hanno completato il quadro delle interviste raccolte 14 colloqui a testimoni privilegiati (6 per l'area fiorentina, 8 per quella pisana), che hanno aggiunto elementi preziosi e inediti sulle più recenti criticità, le buone pratiche in atto e i loro funzionamenti, le strategie di intervento attive a livello locale.

Una prima lettura dei risultati complessivi della ricerca rivela un profilo dei senza dimora presenti nelle due città toscane in linea con quello nazionale (Istat 2015, fio.Psd 2018): la popolazione incontrata è prevalentemente maschile (le donne sono solo 4 su 35 a Pisa e 9 su 84 a Firenze), per 2/3 di origine straniera, in larga parte di età adulta compresa fra i 30 e i 65 anni, nella maggior parte dei casi in situazioni di estrema precarietà da almeno 1 anno fino a 10 anni, ma con esperienze di vita in strada anche di 30 anni, fino ad arrivare ad un massimo di 43. Restituendo in breve i principali risultati della batteria di domande dedicate al livello di benessere percepito, alle necessità di salute e all'accesso alle cure, emerge come più della metà degli intervistati dichiara condizioni di salute autovalutate come buone o molto buone, se pure la pandemia da Covid-19 abbia fatto aumentare le preoccupazioni per la salute in più della metà del campione. La presenza di malattie croniche – con una prevalenza di epatiti da abuso di alcol e diabete – riguarda il 31% degli intervistati fiorentini e il 51% degli intervistati pisani; in caso di necessità di cure il medico di riferimento rimane la prima opzione per circa il 34% dei senza dimora pisani, di cui il 41% è sprovvisto di tessera sanitaria, e per il 42% dei senza dimora fiorentini, di cui è sprovvisto di tessera sanitaria il 37%. Rispettivamente, nel 46% dei casi a Pisa e nel 43% dei casi a Firenze, in situazioni di bisogno si fa ricorso all'intervento sanitario offerto dal Pronto soccorso. Nel 29% dei casi sul territorio pisano e nel 16% dei casi sul territorio fiorentino gli intervistati dichiarano di essersi recati al Pronto soccorso più di 6 volte nell'arco degli ultimi 5 anni.

I temi della mancata prevenzione, della cronicizzazione di patologie altrimenti curabili o comunque monitorabili e l'uso improprio del Pronto soccorso per problemi, appunto, di cronicità, ma anche per necessità tipicamente sociali, emergono in modo netto anche dai colloqui con gli operatori sanitari dei due ospedali monitorati. La difficoltà ad inquadrare i bisogni di un paziente ad alto grado di complessità, come può essere un senza dimora, con gli strumenti della medicina d'urgenza e i ritmi del Pronto soccorso rendono gli interventi dei sanitari poco efficaci in termini di cura, privi della necessaria continuità e incerti nell'esito della presa in carico, con un effetto altamente frustrante per gli stessi medici e infermieri.

Facendo sintesi di quanto emerso dalle 25 interviste a medici, infermieri e Oss di Pronto soccorso e completandole con le 14 testimonianze degli osservatori privilegiati, è possibile individuare almeno 4 elementi chiave ricorrenti restituibili in termini di prospettive di intervento per le policy, dalla pratica quotidiana di presa in carico e di rapporto diretto con il paziente-utente ad una dimensione più ampia e di sistema.

- Garantire la cura secondo i principi più genuinamente universalistici che ancora animano il Servizio sanitario nazionale: ciò si traduce in un rinnovato impegno del personale ospedaliero, ma anche degli attori istituzionali, nell'assicurare un supporto costante nelle pratiche quotidiane di vita, di prevenzione e di cura. La persona portatrice di bisogni

complessi/il paziente deve essere al centro e in tutte le sue dimensioni (fisica, psichica e relazionale), non solo nei momenti (e nei luoghi) dell'emergenza.

- Riconoscere e attrezzarsi per gestire le difficoltà relazionali: innanzitutto nei confronti del paziente, in particolar modo quando persona segnata da una storia clinica e personale complessa, prendendo consapevolezza della difficoltà e lentezza dei percorsi di costruzione della fiducia e delle possibili dissonanze emotive (Abraham, 1998); ma anche nei confronti delle altre figure professionali coinvolte (o da coinvolgere) nel processo di presa in carico integrata, soprattutto in assenza di protocolli rodati e/o di un "vocabolario operativo condiviso".
- In un'ottica di welfare responsabile (Cesareo, 2017) riconoscere come la presa in carico del problema complesso necessita di un intervento articolato e sinergico che vede collaborare professionisti afferenti all'ambito sanitario e all'ambito sociale.
- Investire in termini sia di risorse materiali sia di *re-design* delle modalità dell'intervento e della compartecipazione tra figure esperte per superare i principali ostacoli organizzativi e di pratica emersi: dalla burocratizzazione alla compliance del paziente più complesso alle cure; dai tempi dell'intervento e della presa in carico alla non adeguata dotazione di personale.

Bibliografia

- Abraham R. (1998), *Emotional Dissonance in Organizations: A Conceptualization of Consequences, Mediators and Moderators*, in «Leadership & Organization Development Journal», Vol. 19, n 3 pp. 137-146.
- Cesareo V. (2017, a cura di), *Welfare responsabile*, Milano: Vita e pensiero.
- Colombo F., Saruis T. (2015), *Housing first and the city: How do innovative projects affect local policies and urban spaces?* Conference paper.
- Cortese C., Iazzolino M. (2014) *Innovare per includere: le sfide dell'approccio Housing first in Italia*, Conference paper.
- Cortese C., Zenarolla A. (2016), *Housing first: una sfida per il contrasto alla grave marginalità e l'accesso alla casa anche in Italia*. Autonomie locali e servizi sociali, 39(1), 179-193.
- Filandri M. (2009), *Carriere abitative e origine sociale*, in A. Brandolini, C. Saraceno, A. Schizzerotto (a cura di). *Dimensioni della disuguaglianza in Italia: povertà, salute, abitazione*. Il Mulino.
- Filandri M., Olagnero M. (2014). *Housing inequality and social class in Europe*, in *Housing studies*, 29, pp. 977-993.
- Filandri M., Olagnero M., Semi G. (2020). *Casa dolce casa? Italia, paese di proprietari*, Il mulino, Bologna.
- fio.Psd (2018), *Report Homelessness in Italy*, in *Homelessness Monitoring in Europe* [<https://www.fiopsd.org/homelessness-italy/>]
- Porcellana V. (2017), *Dall'osservazione all'azione: Etnografia dei e nei servizi per persone senza dimora*, in "ANUAC." VOL. 6, N° 2, Dicembre: 175-195.
- Gnocchi R. (a cura di) (2009), *Homelessness e dialogo interdisciplinare*, Carocci, Roma.
- Gui L. (1996, a cura di), *L'utente che non c'è. Emarginazione grave, persone senza dimora e servizi sociali*, Milano: Franco Angeli.

- Istat (2015), *Le persone senza dimora*. Anno 2014, Roma: Istat.
- Licursi S., Marcello G. (2016), *Favorire l'integrazione delle persone senza dimora e produrre innovazione. Un caso studio*, Conference paper.
- Madden D., Marcuse P. (2020), *In difesa della casa. Politica della crisi abitativa*, Editpress, Firenze.
- Meo A. (2021), *Homelessness: perchè e come occuparsene*, in Consoli T. e Meo A. (a cura di), *Homelessness in Italia. Biografie, territori, politiche*, Franco Angeli, Milano, pp. 7-26.
- Padgett D.K. (2007), *There's no place like (a) home: ontological security among persons with serious mental illness in the United States*, *Sci Med.* 2007 May;64(9):1925-36. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.02.011. Epub 2007 Mar 13. PMID: 17355900; PMCID: PMC1934341.
- Polin V. (2022), *Homeless, città, identità: un mix utile per esplorare l'invisibile?*, in "Menabò di Etica ed Economia", n. 165/2022 (31.01.2022), Link: <https://archivio.eticaeconomia.it/>
- Porcellana V. (2016), *Dal bisogno al desiderio. Antropologia dei servizi per adulti in difficoltà e senza dimora a Torino*. Franco Angeli, Milano.
- Taccone G. (2009), *Social housing: le origini del fenomeno e la "fascia grigia"*. In XXX Conferenza Italiana di Scienze Regionali (AISRe), Firenze.

L'impatto economico e lavorativo del Covid-19 dal punto di vista delle donne

S. Brunori (Regione Toscana), L. Caterino (Federsanità Anci Toscana)

La pandemia ha reso palesi le asimmetrie e disuguaglianze presenti nelle nostre organizzazioni sociali e nel nostro sistema economico: il lavoro di cura e un welfare inadeguato si sono manifestati con prepotenza dietro la difficoltà di conciliazione, la violenza maschile sulle donne ha confermato il suo essere agita principalmente da uomini che con le donne hanno o hanno avuto dei rapporti di prossimità e non dallo sconosciuto che attacca nel buio delle strade, il mercato del lavoro ha dimostrato tutti i suoi limiti e ha richiamato l'attenzione sulla precarietà del lavoro delle donne¹.

Secondo i risultati di una ricerca Ipsos (2021) per WeWorld, non ci sono dubbi che gli effetti a livello economico della pandemia Covid-19 siano stati particolarmente intensi per le donne. I risultati dell'indagine descrivono, in effetti, una situazione preoccupante: 1 donna su 2 racconta di un peggioramento della propria condizione economica (percentuale che sale al 63% per la fascia d'età 25-34 e al 60% per quella tra i 45 e i 54 anni), così come di un altrettanto forte timore di perdere il lavoro in futuro, senza differenze rilevanti tra il Nord e il Sud del Paese. Per quanto riguarda le non occupate con figli/e, il 60% ha visto ridursi di almeno il 20% le proprie entrate, e, nella percentuale del 50%, ha riportato una maggiore dipendenza economica da familiari e partner. Il 38% delle intervistate non potrebbe sostenere spese impreviste, quota che sale al 46% nel caso di donne con figli/e. Tra le non occupate con figli/e, 3 su 10 hanno espresso la rinuncia a cercare un'occupazione. Secondo Istat (2021), a incidere su questo aspetto sarebbero un senso di scoraggiamento, carichi familiari maggiori per le donne e, ancor più cospicuamente per quelle con figli/e in età scolare, le limitazioni negli spostamenti e, infine, l'impossibilità di lavorare in determinati settori produttivi.

Sempre secondo Istat, l'andamento dell'occupazione per settore di attività economica torna a diversificarsi, dopo un periodo di maggiore omogeneità nel quinquennio 2014-2019. I settori più colpiti sarebbero proprio quelli con un'importante presenza femminile, ovvero, i servizi domestici (-16,7% nel secondo trimestre e -6,7% nel terzo) e il comparto alberghi e ristorazione (rispettivamente -16,1% e -10,8%). Il gap sul tasso di occupazione tra donne e uomini, prosegue il rapporto, passa da 17,8 punti a 18,3 in favore di questi ultimi e le riduzioni congiunturali del tasso di occupazione sono per le donne tra le più marcate (-1,2 punti) nel secondo trimestre 2020.

Leggermente diversa la situazione in Toscana dove, secondo l'Istituto regionale per la programmazione economica della Toscana (Irpet), il bilancio degli effetti sarebbe lievemente più negativo per gli uomini, maggiormente impiegati nei settori non essenziali (38,8% degli

¹ Per una trattazione più esaustiva si veda l'approfondimento sul tema presente nel cap. 1 del *Tredicesimo rapporto sulla violenza di genere in Toscana - Anno 2021* <https://www.regione.toscana.it/documents/10180/13865702/violenzaXIII-interattivoII.pdf/0d8e75db-052a-e79f-9b9a-69daa5f67bc0?t=1637661416166>

occupati) rispetto alle donne (33%). Anche nei settori occupazionali che presentano dati più preoccupanti rispetto alla media nazionale, come il turismo, uomini e donne sarebbero stati colpiti in modo tutto sommato equilibrato. Per quanto riguarda i settori essenziali, rileva Irpet, il settore sanitario vede le donne rappresentare il 68% dell'occupazione totale (e arrivare al 94% nell'area tecnico-assistenziale o, ad esempio, all'84% in quella infermieristica). Tuttavia, segnala il rapporto, per quanto riguarda i nuovi avviamenti sono state le donne a pagare il prezzo più alto nella loro riduzione: rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente vi è una diminuzione generale del 61%, più marcata per le donne, -65%, a fronte del -57% per gli uomini. Durante il periodo di lockdown, secondo i dati presentati da Irpet, la quota di assunzioni femminili è scesa dal 48% al 43% del totale, senza distinzioni tra settori economici. Come ben sottolineato da Villa e Bettio (2020): «Al di là del clima di drammaticità della situazione corrente e di incertezza sul prossimo futuro, se ne ricava la netta sensazione di una debolezza strutturale del nostro mercato del lavoro che offre scarso supporto a chi cerca lavoro. Tutto ciò aggrava la posizione di perenne marginalità delle donne in bilico tra i problemi di conciliazione (se occupate) e rinuncia al lavoro retribuito».

Tale considerazione diventa ulteriormente complessa se l'incertezza sul futuro e la marginalità economica si intersecano a quelle più generali a cui sono costrette le donne che vivono in situazioni di violenza: le questioni dell'autonomia economica e lavorativa rappresentano, infatti, alcuni dei pilastri che sostengono i percorsi di uscita; e la situazione appare drammatica nelle situazioni di assenza di reddito, nonostante il potenziamento, nell'ambito delle risorse per le politiche relative alle pari opportunità, del Fondo per il reddito di libertà per le donne vittime di violenza, un intervento per promuovere e contribuire a sostenere il percorso di fuoriuscita delle donne attraverso la loro autonomia per permettere la loro emancipazione anche economica, ottenibile a richiesta².

Lavorare è importante perché, accanto alle più ovvie e più che legittime ragioni legate alla fattiva possibilità di poter far fronte alla sopravvivenza propria e di eventuali figli/e, vi è quella legata alla costruzione di una propria identità che vada oltre quella della relazione violenta (e dei ruoli tradizionalmente attribuiti al genere femminile di sposa e madre): il mercato del lavoro risulta ancora il luogo in cui si verifica la distribuzione, oltre che di reddito e funzioni, di posizioni sociali (Reyneri, 2017).

Lavorare quindi come dimensione fondamentale dell'esistenza che consente di riappropriarsi di autostima, sviluppare competenze e capacità indispensabili per riprendere in mano la propria vita, per superare il timore di non farcela.

È evidente dunque come la pandemia abbia avuto grandi conseguenze sulla vita delle donne: a fronte di un maggior impegno nelle tradizionali professioni di cura ed assistenza (sanitarie e sociali), nonché della grande distribuzione, si è assistito ad un alto impatto della malattia, d'altro canto, non essendo perlopiù le donne impegnate nei settori che hanno continuato

² Sulla base delle domande presentate, tramite il Comune competente per residenza, l'Inps eroga la prestazione assistenziale previa verifica della titolarità dello strumento di pagamento e della capienza del budget delle singole Regioni/Province autonome. Il contributo, erogato nella misura massima di euro 400,00 mensili per un massimo di 12 mensilità, prevede che vi sia una condizione di vulnerabilità attestata dai servizi sociali territoriali e che la donna (dai 18 ai 67 anni), con o senza figli/e minori, sia in carico a un Centro antiviolenza.

a produrre anche nel lockdown, queste hanno subito in maniera maggiore il rischio di licenziamento, di cassa integrazione, o la riduzione dello stipendio. Tutto questo senza considerare quella fascia di persone, tra le quali molte donne, che per motivi diversi, può fare conto per la sua sussistenza soltanto di opportunità di lavoro non regolare, a rischio o in conclamata condizione di povertà³.

Oltre a questo, nell'ambito delle relazioni, le donne hanno visto da un lato accrescere gli oneri di cura (con la chiusura delle scuole) con l'accavallamento di funzioni professionali (smart working) e riproduttive e dall'altro aumentare, anche a causa dell'isolamento e della convivenza forzata, le occasioni di violenza domestica.

In questo quadro, i processi decisionali d'emergenza sono rimasti in mani maschili, evidenziando come non sia il disinteresse al tema a tenere le donne lontane dalla politica bensì il connubio tra maschilismo/cameratismo politico ed il carico di lavoro familiare. Una riproposizione dei modelli patriarcali di relazione tra generi insomma, che si sposta dalla sfera familiare/privata anche a quella pubblica, rendendole simili e sottolineando come la violenza economica possa presentarsi nelle sue mutevoli forme e implicazioni: politiche, sociali, giuridiche, finanziarie, amministrative, imprenditoriali, familiari, e trovare fertile terreno in quel coacervo di pregiudizi, stereotipi e convinzioni che ancora vedono la donna relegata in un ruolo subalterno, in silenzio.

La violenza economica è di difficile riconoscimento, poco indagata e scoperta anche a causa del suo perpetuarsi in un sistema economico e istituzionale che ancora non valorizza, sostiene e sviluppa il talento delle donne, ma che anzi appare ancora incapace di comprendere ed accogliere e condividere le competenze femminili.

L'art. 3 della Convenzione di Istanbul declina la violenza economica in "atti di controllo e monitoraggio del comportamento di una donna in termini di uso e distribuzione del denaro, con la costante minaccia di negare risorse economiche, ovvero attraverso un'esposizione debitoria, o ancora impedendole di avere un lavoro e un'entrata finanziaria personale e di utilizzare le proprie risorse secondo la sua volontà" che si realizza in diversi comportamenti. La violenza economica non solo subita, ma introiettata come "naturale" da tante donne, non ha bisogno di un diritto repressivo per essere superata, ma, come evidenzia la Convenzione, di un approccio olistico e culturale alle varie forme di violenza, all'interno di *policy* pubbliche ricche di investimento culturale ed economico.

«La focalizzazione sull'empowerment economico-finanziario è quindi funzionale ad accelerare il processo di inclusione per le donne che escono da situazioni di violenza e che vogliono tornare ad essere protagoniste della propria vita, riappropriandosi della propria dimensione sociale e professionale. Il lavoro e la piena consapevolezza e disponibilità del proprio potere economico impattano direttamente sulla reale possibilità di autonomia abitativa, in tale direzione è necessario anche poter differenziare servizi che progressivamente accompagnino la donna e gli eventuali minori nel percorso di uscita dalla violenza e in seguito dalla fase di supporto dei servizi dedicati. Da evidenziare che il lavoro per l'empowerment acquisisce un maggior impatto, se è contestualizzato in uno scenario che non riguarda in modo esclusivo le donne

³ Regione Toscana, Osservatorio sociale regionale. *Le povertà in Toscana. Quarto rapporto 2020*.

vittime di violenza, ma che è potenzialmente rivolto a tutte le donne, con il coinvolgimento anche degli uomini: solo così potrà dare impulso a un cambiamento di approccio politico e sociale alle politiche sul lavoro e sull'eguaglianza di genere»⁴.

Questo è il momento per contemplare la parità di genere nei processi di ripresa economica, attraverso la conquista di una partecipazione equilibrata dei due sessi alla vita economica, sociale e politica. Il rafforzamento della prospettiva di genere come approccio strategico alle politiche diventa ancora più stringente e ineludibile nello scenario post-pandemia e reclama una rinnovata centralità nelle politiche per il rilancio, per ripensare in profondità i nostri modelli sociali e di sviluppo.

La sezione del Pnrr denominata “Le politiche per le donne” ha posto la parità di genere come una delle tre priorità trasversali a tutte le missioni del programma, prevedendo di “realizzare una piena emancipazione economica e sociale della donna mettendo la parità di genere come criterio di valutazione di tutti i progetti (*gender mainstreaming*) e promuovendo una strategia integrata di riforme, istruzione e investimenti in infrastrutture sociali e servizi di supporto” con esplicito riferimento alla necessità di fare fronte al fenomeno della violenza di genere e ai percorsi di fuoriuscita dalla violenza e di empowerment economico delle donne che la subiscono. In tal senso, si prevede la possibilità di sostegno specifico all'imprenditorialità femminile, e si introduce il tipo di intervento, suddiviso per singola missione, che si intende attuare al fine di correggere e intervenire sugli ostacoli alle pari opportunità, in linea con gli obiettivi della Strategia nazionale per la parità di genere 2021-2026. Troviamo nell'ambito della missione 5 quel sostegno all'empowerment femminile e contrasto alla discriminazione di genere, connesso al riconoscimento sociale dell'attività di cura, strettamente collegato al sostegno alle responsabilità familiari e alla prevenzione delle vulnerabilità.

In tale cornice il Piano strategico sulla violenza maschile contro le donne 2021-2023 mira ad affermare la centralità del tema all'interno delle politiche di crescita del Paese e nel più complessivo quadro strategico di intervento, promosso anche a livello comunitario, di accompagnamento verso la ripresa. «L'empowerment femminile costituisce un obiettivo di crescita e di rafforzamento molto importante per rafforzare la fiducia delle donne nelle proprie capacità ed è incentrato su un processo di sviluppo della stima di sé, dell'autoefficacia e dell'autodeterminazione che può contrastare efficacemente la violenza economica agita dagli uomini nei confronti delle donne, sia essa perpetrata attraverso un ricorso al denaro come leva per assoggettare la donna a condizioni indesiderate sia essa attuata attraverso una subdola svalutazione dell'importanza del lavoro femminile all'interno dell'ambito familiare e lavorativo. Poiché l'empowerment è strettamente collegato all'assertività che le donne pongono nel perseguimento dei propri obiettivi, riappropriandosi in modo consapevole del proprio potenziale per raggiungere la realizzazione personale e professionale, questo si colloca alla base dei concetti di parità, uguaglianza ed emancipazione femminile e rappresenta un potente strumento da utilizzare per combattere la discriminazione di genere»⁵.

⁴ Piano strategico sulla violenza maschile contro le donne 2021-2023, p. 37.

⁵ Piano strategico sulla violenza maschile contro le donne 2021-2023, p. 30.

La valutazione delle politiche di genere

M. Vainieri, P. Cantarelli (*Laboratorio Management e sanità Mes, Scuola Superiore Sant'Anna*)

Secondo l'ultimo rapporto sulla parità di genere (dimensioni economia, istruzione, salute e politica) del World economic forum (Wef, 2021) l'Italia si posiziona al 63° posto su 156 paesi. La parità di genere è un obiettivo strategico internazionale, il numero 5 dello Sviluppo sostenibile. Questo obiettivo è monitorato da diversi organismi internazionali. Ad esempio, l'Istituto europeo per l'uguaglianza di genere (Eige) rappresenta la situazione della parità di trattamento nel genere in diversi paesi rispetto a sei domini: lavoro, denaro, conoscenza, tempo, potere e salute. A loro volta, questi domini sono composti da due o tre sotto domini descritti da 31 indicatori (per approfondimenti si rimanda a <http://eige.europa.eu/gender-equality-index>). Un altro organismo che pubblica periodicamente informazioni sulla parità di genere è l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (Ocse), che ha indagato aspetti dell'uguaglianza di genere in vari ambiti come immigrazione, formazione e settori occupazionali attraverso rapporti specifici, oltre a fornire periodicamente indicatori di sviluppo economico con il dettaglio per genere.

Nelle rilevazioni Eige e Ocse l'Italia ottiene, complessivamente, risultati inferiori alla media dei paesi Ocse, tanto che il contrasto alle disuguaglianze di genere è stato inserito come una delle priorità strategiche del Piano di ripresa e resilienza, priorità comune e trasversale a tutte e sei le sue missioni.

A questo proposito il sito www.openpolis.it commenta il rapporto del Ministero dell'economia e finanza (Mef) *Le disuguaglianze di genere in Italia e il potenziale contributo del Piano nazionale di ripresa e resilienza per ridurle* citando ambiti in cui sono stati indirizzati i finanziamenti. I principali ambiti riguardano il tasso di mancata partecipazione femminile al lavoro (26,3 miliardi) e l'asimmetria nel lavoro familiare nelle coppie con donna di 25-44 (17,2 miliardi)¹. Nell'ambito della Missione 6, dedicata alla salute, il rapporto Mef classifica le componenti del piano come strategie che hanno un impatto indiretto nella riduzione delle disuguaglianze di genere. In modo complementare, la ricerca sul bilancio di genere in sanità condotto dal Laboratorio Mes della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e da Anaa, partendo da indicatori già presenti a livello internazionale (si vedano ad esempio le sezioni relative al personale degli ultimi rapporti Ocse di Health at glance), si è focalizzata sulla misurazione della parità di genere all'interno dell'aziende sanitarie. La sanità, infatti, è fra i settori lavorativi (come l'istruzione e i servizi alla persona) in cui il rapporto uomo-donna è sbilanciato verso le donne. Dall'analisi svolta con tutte le Aziende sanitarie toscane sono emerse due raccomandazioni volte a supportare lo sviluppo di politiche del personale lungimiranti. In particolare, la prima raccomandazione riguardava l'inserimento di un paio di indicatori di genere all'interno del più ampio sistema di valutazione della performance della sanità toscana. La seconda

¹ Per approfondimenti si rimanda <https://www.openpolis.it/le-misure-del-pnrr-che-potrebbero-favorire-la-parita-di-genero/>

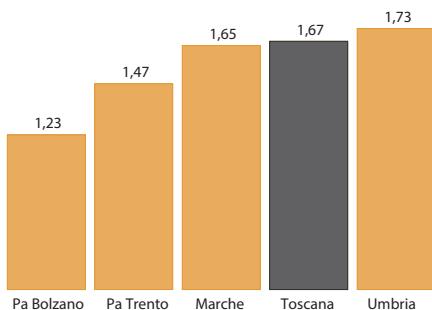
raccomandazione riguardava l'avvio di un Osservatorio sulle politiche di welfare del personale riguardanti in particolare il genere che mettesse a factor comune le esperienze delle Aziende sanitarie (successi e insuccessi) attraverso il confronto periodico dei Cug (Comitati unici di garanzia) aziendali e degli altri soggetti istituzionali interessati al tema come il centro di criticità relazionale della Regione Toscana. Le raccomandazioni sono state recepite dalla Regione Toscana che già nel rapporto del 2020 aveva incluso all'interno del Sistema di valutazione della performance l'indicatore della "percentuale di assenze per genere" e "l'indice del soffitto di cristallo". Nel 2021 questi due indicatori sono stati inseriti anche nel sistema di valutazione del network delle 12 regioni coordinato dal Laboratorio MeS. I due indicatori, non più focalizzati solo su medici e dirigenti sanitari (come nell'analisi pilota svolta con Anaao), monitorano due ambiti complementari delle politiche e gestione del personale.

Infine, nel 2022, questi due indicatori sono stati inseriti nel gruppo di indicatori monitorato da Agenas per la misurazione della performance delle aziende ospedaliero-universitarie. Il Rapporto, pubblicato sul sito di Agenas, si riferisce a 52 strutture in tutta Italia².

Qual è il messaggio di questi due indicatori e qual è la situazione nelle aziende sanitarie italiane?

La percentuale di assenza per genere può essere interpretata come la capacità delle aziende di orientare le proprie politiche del personale a supporto del benessere e del bilanciamento famiglia-lavoro. Nella figura 12 si riporta l'ultimo anno a disposizione da parte del network delle regioni del rapporto fra le assenze delle donne rispetto alle assenze degli uomini. Un valore superiore a 1 indica che le donne si assentano più degli uomini.

Figura 12. Indice di assenza donne vs. uomini – Regioni italiane – Fonte: Sistema di valutazione delle performance, Laboratorio MeS



È un indicatore che va letto accanto all'indicatore complessivo di percentuale di ore di assenza del personale, già presente nel sistema di valutazione. Come si può notare dall'esempio, il rapporto ottimale, pari a 1, non è attualmente raggiunto. C'è una tendenza generale ad avere una probabilità di assenza delle donne maggiore rispetto a quella degli uomini. È un indicatore ancora grezzo che include anche le assenze per maternità e non è standardizzato per età. Tuttavia, se monitorato nel tempo, può aiutare a comprendere se alcune azioni e alcuni investimenti o politiche del personale, hanno avuto effetto.

² https://www.agenas.gov.it/images/headers/1_REPORT_AOU_Agenas_2019_Completo.pdf

Il secondo indicatore analizza le opportunità nei percorsi di carriera attraverso l'indice del soffitto di cristallo (*glass ceiling index*), un rapporto che confronta la proporzione di donne che lavorano nell'organizzazione con la percentuale di donne con responsabilità di struttura. È monitorato dal settimanale *The Economist* per confrontare i paesi ed è utilizzato da alcune università italiane per misurare la differenza nel raggiungimento di posizioni di vertice da parte delle donne. Il rapporto del Mef segnala che “le donne risultano maggiormente impiegate nei settori del commercio, della sanità e dell'istruzione ma, a prescindere dal settore di attività, la presenza femminile tende a diminuire quando si considerano le posizioni di vertice”.

Come per l'indicatore precedente, un valore pari a 1 indica che non c'è differenza tra donne e uomini in termini di possibilità di carriera. Un punteggio inferiore a 1 significa che le donne sono più rappresentate tra coloro che hanno incarichi di struttura e un punteggio superiore a 1 indica la presenza di un soffitto di cristallo, il che significa che le donne sono meno rappresentate nelle posizioni apicali. Più l'indice assume un valore alto, più forte è l'effetto del soffitto di cristallo e più difficile è per le donne fare carriera.

La figura 13 (pagina successiva) mostra l'indicatore del soffitto di cristallo presente nel rapporto di Agenas relativo alla sperimentazione sull'anno 2019 come indicatore di valutazione.

Uno dei punti di forza di queste sperimentazioni è quello di aver inserito (anche se pochi) indicatori di monitoraggio della parità di genere in un sistema di valutazione complessivo e non specifico già in uso dai vari livelli di governo.

Le disuguaglianze di salute

C. Silvestri, F. Profili, S. Bartolacci, F. Voller (Ars Toscana)

Il significato etimologico della parola pandemia (dal greco *pandemos* ovvero “tutta la popolazione”) ha favorito la diffusione di un concetto “democratico” del virus Sars-CoV-2¹, ovvero di un virus che, al netto delle differenze anagrafiche e di genere, interessa uniformemente tutta la popolazione a prescindere dalla posizione socio-economica di appartenenza o dell’area di residenza. In linea con questa posizione, le misure di distanziamento sociale attivate sul territorio italiano, e non solo, hanno interessato tutti i cittadini senza tener conto del peso che i fattori sociali assumono sullo stato di salute di ogni individuo. Parlando di determinanti sociali della salute, l’Organizzazione mondiale della sanità li definisce come quei fattori non medici (come il livello d’istruzione, il reddito, l’accesso ai servizi sanitari, ecc.) che influenzano l’esito della salute degli esseri umani e lo definiscono ampiamente in base alle condizioni in cui le persone nascono, crescono, lavorano, vivono e invecchiano². Queste condizioni della vita quotidiana sono, a loro volta, influenzate da fattori di carattere strutturale come gli assetti economici, la distribuzione di potere, l’equità di genere, i quadri politici e i valori della società i quali, determinando l’ambiente in cui gli individui vivono, favoriscono il costituirsi di disuguaglianze sociali e sanitarie³.

L’associazione fra gradiente sociale e stato di salute è ormai ampiamente riconosciuta e molte sono le prove a sostegno della sua persistenza nel tempo e nelle diverse società⁴. L’implicazione delle disuguaglianze sociali sulla salute degli individui, è stata registrata in tutti i paesi europei con dati che mostrano differenze che variano tra i 5 e i 10 anni in termini di aspettativa di vita e tra i 10 e i 20 anni nell’aspettativa di vita senza disabilità, tra coloro che appartengono alle classi sociali socio-economicamente più sviluppate e coloro che non ne fanno parte⁵. Questa associazione si è resa ancor più evidente durante la pandemia da Sars-CoV-2. Le diverse condizioni abitative hanno condizionato la possibilità di mettere in atto le misure di distanziamento fisico, necessarie per prevenire la diffusione del Covid-19, contribuendo a un incremento della mortalità a breve e a lungo termine⁶.

1 Marra M. e Costa G. *Un health inequalities impact assessment (HIIA) della pandemia di Covid-19 e delle politiche di distanziamento sociale*, «E&P Repository», 2020. Disponibile all’indirizzo: <https://repo.epiprev.it/index.php/2020/04/14/un-health-inequalities-impact-assessment-hiia-della-pandemia-di-covid-19-e-delle-polite-che-di-distanziamento-sociale/>

2 WHO. *Social determinants of health*. https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1

3 Marmot, Michael & UCL Institute of Health Equity. *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report, Updated reprint 2014*. World Health Organization. Regional Office for Europe. Disponibile all’indirizzo: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108636>

4 Kröger H, Pakpahan E, Hoffmann R. *What causes health inequality? A systematic review on the relative importance of social causation and health selection* [published correction appears in Eur J Public Health. 2018 Apr 1;28(2):382] [published correction appears in Eur J Public Health. 2018 Apr 1;28(2):382]. Eur J Public Health. 2015;25(6):951-960.

5 Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam A-JR, et al. *Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries*. N Engl J Med 2008;358:2468-81.

6 Green H, Fernandez R, MacPhail C. *The social determinants of health and health outcomes among adults during the Covid-19 pandemic: A systematic review*. Public Health Nurs. 2021;38(6):942-952.

Quindi il Covid-19 ha impattato su un fenomeno che, confermato anche da dati recenti, mostra come le persone che risiedono in aree socio-economiche a basso reddito abbiano una probabilità tre volte superiore di morire a causa di una malattia prevenibile rispetto a coloro che vivono in aree ad alto reddito⁷. Secondo quanto emerso dall'indagine svolta dalla Health foundation (2022)⁸, le persone di età inferiore ai 65 anni residenti in aree più povere dell'Inghilterra avevano una probabilità quattro volte superiore di morire per Covid-19 rispetto alla popolazione, della stessa fascia d'età, residente in aree più ricche. Simili i risultati provenienti dagli Stati Uniti, dove il tasso di infezione da Sars-CoV-2 registrato nelle contee abitate prevalentemente da popolazione afroamericana è risultato tre volte superiore a quanto osservato in contee abitate da popolazione caucasica, con un tasso di mortalità quattro volte superiore⁹.

In Italia, l'indagine finalizzata ad indagare l'associazione tra la diffusione di Covid-19 e il livello di deprivazione del comune di residenza, svolta nel 2021 dall'Istituto superiore di sanità, ha evidenziato che la probabilità di ricevere una diagnosi di Covid-19 per i cittadini residenti nei comuni più deprivati era significativamente più elevata rispetto a coloro residenti in territori con un minor livello di deprivazione. Nonostante questo, i tassi di ospedalizzazione e di mortalità non hanno mostrato differenze significative¹⁰.

L'impatto del proprio livello di istruzione o delle proprie condizioni socio-economiche sulla salute, oltreché diretto, è mediato dai determinanti di salute associati ad esso. Ci riferiamo ai principali fattori di rischio per la salute, come l'abitudine al fumo o al consumo eccessivo di alcol, la sedentarietà, la dieta non corretta e, spesso conseguenza di questi due ultimi fattori, l'obesità. Attingendo ai dati della sorveglianza Passi dell'Istituto superiore di sanità, indagine campionaria rivolta agli adulti d'età 18-69 anni, possiamo stimare la prevalenza di questi determinanti di salute nella popolazione adulta toscana, prima della pandemia e nei due anni caratterizzati dal Covid-19.

Ad eccezione del consumo di alcol eccedentario (bere molto al di fuori dei pasti), le persone con un livello di istruzione più basso sono caratterizzate da prevalenze più alte per tutti i fattori di rischio considerati (fumo, dieta, scarsa attività fisica e obesità). La pandemia sembra aver aumentato ulteriormente il divario tra laureati e persone in possesso di una licenza media o di un titolo di studio inferiore. Il titolo di studio, come dimensione prioritaria in grado di predire lo stato di salute di una popolazione, è un fattore ormai noto¹¹.

7 Abedin M, Wahab A, Rahman FN, et al. *Impact and variability of social determinants of health on the transmission and outcomes of Covid-19 across the world: a systematic review protocol*. BMJ Open. 2021;11(12).

8 The Health Foundation. *The continuing impact of Covid-19 on health and inequalities. A year on from our Covid-19 impact inquiry* (24 agosto 2022). Disponibile all'indirizzo: <https://www.health.org.uk/publications/long-reads/the-continuing-impact-of-covid-19-on-health-and-inequalities>

9 Yancy CW. *Covid-19 and African Americans*. JAMA. 2020;323(19):1891–1892.

10 Di Napoli A, Ventura M, Petrelli A (a cura di). *Le disuguaglianze socioeconomiche e territoriali nella salute in Italia: evidenze recenti alla luce dell'epidemia Covid-19*. Roma: INMP; 2022. Quaderni di Epidemiologia n. 4:124-134.

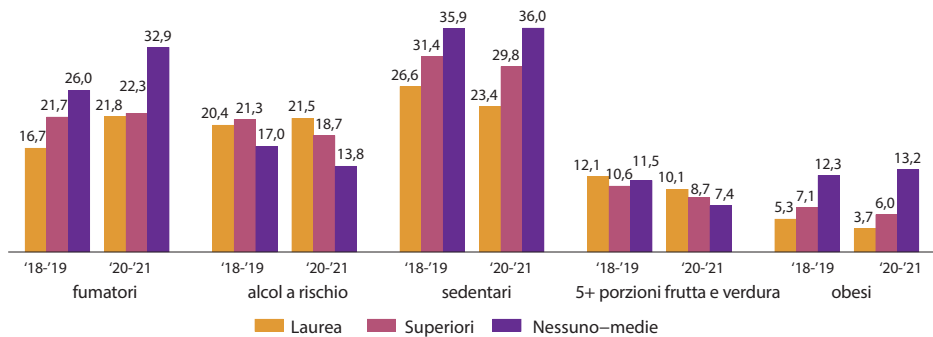
11 Costa G, Bassi M, Gensini GF (2014). *L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità* (a cura di). Milano, Franco Angeli.

Le persone più istruite, non solo sono dotate di maggiori competenze in grado di favorirne un più ampio sviluppo sociale, ma spesso provengono da famiglie di origine in cui la cura di sé e del proprio stato di salute hanno caratterizzato gran parte del sistema educativo. A questo proposito, numerosi studi¹² hanno dimostrato l'associazione fra livello d'istruzione familiare e acquisizione di modelli di consumo, i quali, seppur adottati nella prima infanzia, tendono a mantenersi nel corso della vita, dando luogo ad un maggior numero di adulti che mettono in atto stili di vita a rischio per la salute.

Il periodo pandemico, come la crisi economica del 2008, facendo leva sul senso di precarietà e sulle difficoltà economiche sopraggiunte, ha esacerbato ulteriormente il gap fra popolazione più istruita e meno istruita. Quest'ultima, disponendo di minori competenze culturali e risorse economiche, attribuisce ad alcuni comportamenti (come l'uso di frutta e verdura o la corretta attività fisica) un valore diverso, diminuendo la loro adozione e riproponendo comportamenti a basso costo.

Tutto questo avrà potenzialmente conseguenze, nel medio-lungo periodo, sui problemi di salute cui andranno incontro queste persone, considerato che questi determinanti di salute hanno un effetto noto sul rischio di sviluppare malattie cardiovascolari e molti tipi di neoplasie.

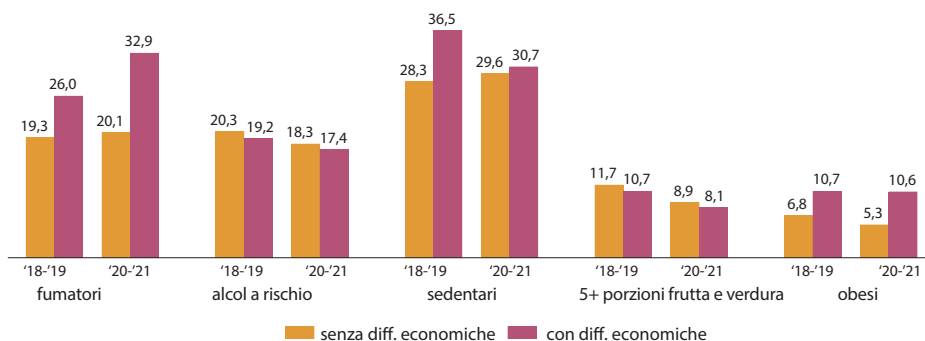
Figura 14. Fattori di rischio tra adulti d'età 18-69 anni per titolo di studio - Valori per 100 intervistati - Toscana, periodo 2018-2021 - Fonte: Elaborazioni Ars su dati sorveglianza Passi dell'Istituto superiore di sanità



Arriviamo a conclusioni simili se stratifichiamo la popolazione per difficoltà economiche (figura 15), ricordando che, trattandosi di un'indagine campionaria effettuata con interviste strutturate, è l'intervistato stesso a dichiarare il proprio eventuale status di difficoltà. Anche in questo caso, ad eccezione del consumo eccedentario di alcol, le persone che lamentano difficoltà economiche, che quindi plausibilmente si troveranno in condizioni lavorative peggiori, sono quelle che presentano le prevalenze più alte dei fattori di rischio considerati. I risultati non ci stupiscono, considerato che titolo di studio e situazione economica familiare sono due fattori a loro volta associati tra loro.

¹² Saliba K, Cuschieri S. *Amidst the COVID-19 pandemic childhood obesity is still an epidemic-spotlight on obesity's multifactorial determinants*. Health Sci Rev (Oxf). 2021;1:100006.

Figura 15. Fattori di rischio tra adulti d'età 18-69 anni per difficoltà economiche - Valori per 100 intervistati - Toscana, periodo 2018-2021 - Fonte: Elaborazioni Ars su dati sorveglianza Passi dell'Istituto superiore di sanità



I risultati ottenuti dall'analisi dei dati della sorveglianza Passi sono in linea con quanto atteso. Un livello culturale o economico più basso è, infatti, associato frequentemente a stili di vita peggiori, maggiore livello di esposizione a fattori di rischio noti per la salute, in primis il consumo di tabacco, e la tendenza al sovrappeso e obesità a causa dei minori livelli di attività fisica, ma soprattutto alla minore attenzione alla propria dieta e al consumo di prodotti tendenzialmente più calorici. Da anni in Italia, per sintetizzare le caratteristiche culturali, economiche e lavorative della popolazione, viene utilizzato l'indice di deprivazione, un indicatore sintetico, basato sulla sezione di censimento di residenza della persona, che misura mediamente il livello socio-economico e abitativo di appartenenza dell'individuo, per metterlo in relazione con altri fenomeni sociali o di salute, come ospedalizzazione, mortalità o prevalenza delle patologie principali¹³.

Pur considerando l'indice di deprivazione un indicatore composito fondamentale per la valutazione delle disuguaglianze all'interno di una popolazione, dobbiamo precisare che attualmente le informazioni di cui disponiamo sono riferite ai dati Istat provenienti dal Censimento 2011, aggregati per sezione di censimento. Pertanto, avendo come obiettivo quello di mettere in risalto le possibili disuguaglianze presenti in Toscana in relazione al periodo pandemico, abbiamo scelto di analizzare alcuni aspetti demografici e sanitari utilizzando come criterio di stratificazione la mappatura del territorio suddiviso per classi di distanza (perifericità) dai centri di offerta di servizi, invece di utilizzare l'indice di deprivazione costruito su delle informazioni ormai troppo datate (Censimento 2011).

La metodologia, messa a punto dal Dipartimento per lo sviluppo e la coesione economica¹⁴, si sostanzia in due fasi principali:

¹³ Rosano A, Pacelli B, Zengarini N, Costa G, Cislighi C, Caranci N. *Aggiornamento e revisione dell'indice di deprivazione italiano 2011 a livello di sezione di censimento* [Update and review of the 2011 Italian deprivation index calculated at the census section level]. *Epidemiol Prev.* 2020;44(2-3):162-170.

¹⁴ Per maggiori dettagli metodologici si rimanda a *Le aree interne: di quale territori parliamo? Nota esplicativa sul metodo di classificazione delle aree* scaricabile all'indirizzo: https://www.agenziacoesione.gov.it/wp-content/uploads/2021/01/Nota_metodologica_Aree_interne-2-1.pdf

1. individuazione di comuni o aggregazioni di comuni che garantiscono l'offerta dei servizi essenziali per la cittadinanza¹⁵ (definiti poli);
2. classificazione dei restanti comuni in base all'accessibilità ai servizi essenziali calcolata sulla base dei minuti di percorrenza a raggiungere il polo più vicino.

In base ai minuti di percorrenza necessari per raggiungere il polo più vicino, i comuni vengono suddivisi in zone: aree di cintura, aree intermedie, aree periferiche e aree ultraperiferiche.

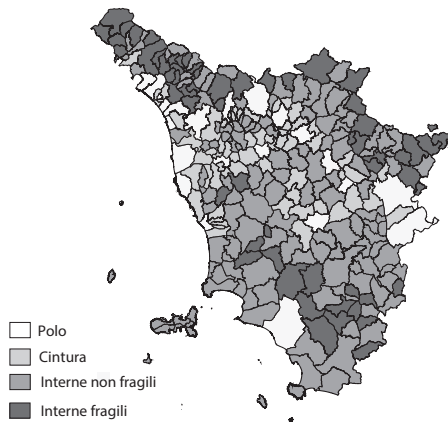
Le soglie di distanza sono state calcolate usando il secondo e terzo quartile della distribuzione dell'indice di distanza in minuti dal polo prossimo, pari a circa 20 e 40 minuti. È stata poi inserita una terza fascia, oltre 75 minuti, pari al 95esimo percentile, per individuare i territori ultra periferici.

Partendo dalla metodologia appena descritta, l'Istituto regionale per la programmazione economica della Toscana (Irpet) ha modificato parte del criterio di individuazione delle aree interne adattandolo al contesto regionale. Nello specifico, nelle aree interne ha individuato le cosiddette "aree fragili" caratterizzate da fattori di spopolamento, dalla presenza di un numero elevato di cittadini anziani, da un patrimonio immobiliare di scarso valore o inutilizzato, scarsa presenza turistica e basso reddito.

In base alla categorizzazione messa a punto da Irpet, il territorio regionale è stato così suddiviso in 4 aree: poli, cinture, aree interne (aggregando aree interne intermedie, periferiche e ultraperiferiche) e aree interne fragili (caratterizzate dai criteri sopra descritti).

La distribuzione regionale dei comuni suddivisi in base all'area di appartenenza, mostra una localizzazione periferica delle aree interne fragili situate prevalentemente nei territori della Lunigiana e Valle del Serchio (Ausl Toscana Nord-ovest), alto Mugello (Ausl Toscana Centro), Casentino-Valtiberina, Amiata grossetano e Colline metallifere (Ausl Toscana Sud-est) (figura 16).

Figura 16. Comuni per tipologia – Toscana, anno 2021 – Fonte: Elaborazioni Ars su dati Istat



¹⁵ Si definiscono servizi essenziali: tutta l'offerta scolastica secondaria comprensiva delle 3 categorie di licei, istituto tecnico commerciale e professionali; almeno un ospedale sede del Dipartimento Emergenza urgenza (DEA) di I livello; almeno una stazione ferroviaria di categoria Silver (impianti medio-piccoli).

Analizzando la distribuzione della popolazione residente per tipologia di area territoriale, al 1° gennaio 2021, il 45% abita nelle aree definite poli, il 26% nelle cinture, il 25% nelle aree interne non fragili, mentre il 4% nelle aree interne fragili. La minor densità di popolazione, e la perifericità, è resa evidente anche attraverso il calcolo dell'indice di vecchiaia e dalla presenza di popolazione straniera che, come sappiamo, risiede prevalentemente in aree in cui le opportunità lavorative sono maggiori. Per quanto riguarda l'indice di vecchiaia (presenza di ultra 64 anni ogni 100 giovani con meno di 15 anni), le aree interne fragili sono popolate prevalentemente da persone ultra 64 anni (316,2 ultra 64 anni ogni 100 giovani <15 anni) rispetto a quanto osservato nei territori dove l'offerta dei servizi è più ampia come i poli e le cinture (indice di vecchiaia: poli=216,1; cinture:193,5; interne non fragili=221,1). Lo stesso dicasi per la presenza di stranieri che, a fronte di un valore medio regionale che nel 2021 si attesta all'11,5%, raggiunge il 13% nelle aree in cui è garantita un maggior offerta di servizi (poli) e scende al 9,5% nei territori interni fragili.

L'offerta, in termini di servizi, di cui i principali centri urbani dispongono, fanno sì che i cittadini che vi risiedono ne usufruiscano con maggior facilità. Sapendo che alcuni territori (aree interne fragili) non solo sono distanti da alcuni servizi, ma sono anche abitati prevalentemente da anziani che risiedono in un contesto a minor densità abitativa, abbiamo ritenuto opportuno valutare se la pandemia, sia per la diffusione dei contagi sia per le misure di contrasto attuate che hanno aumentato il distanziamento sociale e limitato l'accessibilità ai servizi sanitari, abbia favorito l'accrescimento delle disuguaglianze in termini di ricorso al Servizio sanitario regionale (Ssr), con il conseguente peggioramento dello stato di salute di questi cittadini.

A tale scopo l'analisi che andiamo a presentare vuole misurare l'accesso al Ssr da parte dei residenti nelle diverse aree regionali nel periodo 2018-2021, in un'ottica di percorso che, partendo dall'accesso alle prestazioni ambulatoriali e territoriali (assistenza alle malattie croniche), si sviluppa nell'analisi degli accessi in Pronto soccorso (Ps) e ricoveri ospedalieri.

Considerato che il Registro regionale di mortalità (Rmr) toscano si ferma al momento all'anno 2018 con i suoi aggiornamenti, per fornire un quadro completo aggiornato invece fino al 2021, è stata utilizzata l'informazione sullo stato in vita presente in anagrafe assistibili per le analisi di mortalità. Questo ci consente di valutare solamente la mortalità generale, senza poter approfondire le cause che hanno portato al decesso (l'informazione individuale sulla causa di morte è presente solamente nel Rmr).

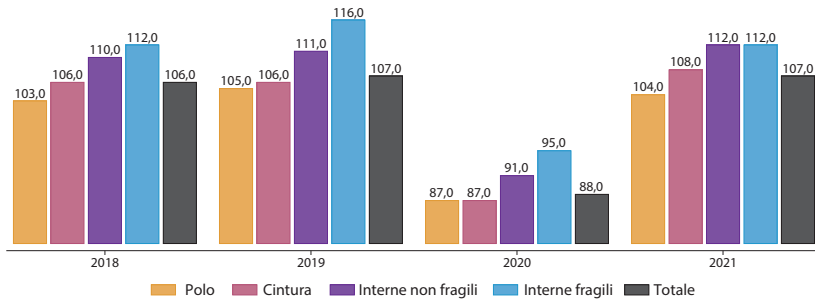
Sapendo che il percorso diagnostico è spesso caratterizzato dall'esecuzione di esami clinici e strumentali, allo scopo di misurare le differenze esistenti in termini di accesso alle prestazioni, e conseguentemente al raggiungimento della diagnosi, abbiamo scelto di utilizzare gli indicatori riguardanti le prestazioni di laboratorio (esami ematici), la diagnostica per immagini e la diagnostica strumentale.

L'analisi dell'assistenza territoriale alla cronicità si basa invece sull'osservazione di alcuni indicatori di monitoraggio, terapia ed esito della patologia, per alcune patologie croniche di maggior impatto nella popolazione. La scelta degli indicatori ha seguito un criterio di affidabilità e robustezza di calcolo, ricadendo su un set minimo di uso consolidato nel tempo a livello nazionale.

Assistenza specialistica

Il primo anno di pandemia è stato caratterizzato da un generale calo delle prestazioni specialistiche erogate, per la chiusura di molti presidi durante i mesi del lockdown e la successiva limitazione degli accessi. Nel 2021 il gap accumulato rispetto al periodo pre-pandemico è stato recuperato ed anzi, per un probabile effetto “rimbalzo” causato dalla mancata assistenza nell’anno precedente, il volume di prestazioni erogate a residenti dai presidi toscani ha oltrepassato i 63 milioni e 400mila prestazioni nel 2021, più dei 62 milioni e 600mila del 2019 (nel 2020 le prestazioni erogate erano scese a 51 milioni e 300mila). Dividendo le prestazioni per tipologia, le prestazioni di laboratorio interessano prevalentemente i cittadini residenti nelle aree interne fragili con valori che, nel 2021, tornano sui livelli osservati negli anni pre-pandemia, mantenendo anche lo stesso gradiente da polo a aree interne fragili (figura 17).

Figura 17. Prestazioni di diagnostica di laboratorio, per area geografica – Tasso di incidenza standardizzato per età pro capite – Toscana, periodo 2018-2021 – Fonte: Elaborazioni Ars su dati flusso informativo Spa



Diverso lo scenario riferito alla diagnostica strumentale e per immagini. Mentre nel periodo pre-pandemia (2018-2019) i residenti nelle aree fragili erano utilizzatori più frequenti, con valori significativamente superiori alla media regionale in entrambe le tipologie di diagnostica, l’avvento della pandemia ha prodotto una netta inversione, collocandoli al di sotto di tutte le altre aree (figure 18 e 19).

Figura 18. Prestazioni di diagnostica strumentale, per area geografica – Tasso di incidenza standardizzato per età per 1.000 abitanti – Toscana, periodo 2018-2021 – Fonte: Elaborazioni Ars su dati flusso informativo Spa

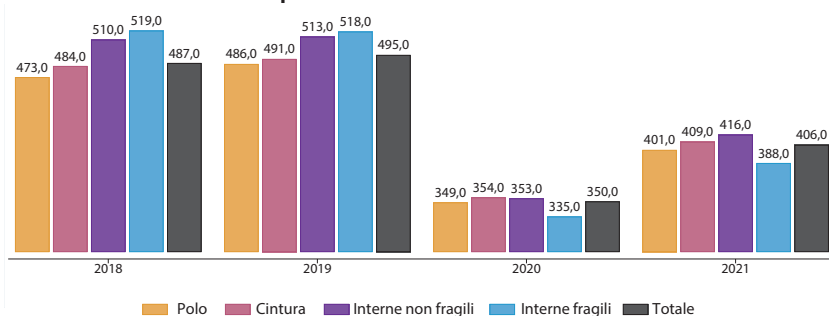
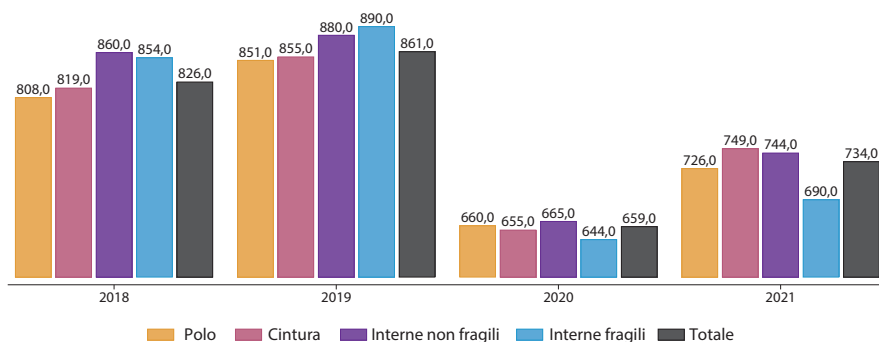


Figura 19. Prestazioni di diagnostica per immagini, per area geografica – Tasso di incidenza standardizzato per età per 1.000 abitanti – Toscana, periodo 2018-2021 – Fonte: Elaborazioni Ars su dati flusso informativo Spa



Nel caso della diagnostica per immagini, che ricordiamo principalmente riguarda l'esecuzione di ecografie, radiografie, TAC e risonanze magnetiche, la pandemia sembra aver modificato del tutto il rapporto tra area di residenza e ricorso ai servizi, rispetto agli anni passati. I valori dei tassi di incidenza del 2021, ancora inferiori a quelli del biennio 2018-2019, a differenza di quanto osservato per la diagnostica di laboratorio, suggeriscono un probabile ricorso al settore privato per l'esecuzione di questi esami, spesso offerti a prezzi simili o di poco superiori al ticket richiesto dal servizio pubblico, in tempi più brevi. Considerando questo aspetto potremmo attenderci un impatto maggiore nei comuni polo e cintura, caratterizzati da una maggiore offerta di strutture private, ma i valori di queste aree si mantengono ben al di sopra delle aree interne fragili.

Questo dato si presta a numerose interpretazioni fra cui l'uso "difensivo" degli esami strumentali, ovvero di una eccessiva prescrizione di esami specialistici da parte dei clinici in un'ottica di medicina difensiva positiva. Tuttavia, considerato che le aree interne fragili sono caratterizzate da una popolazione mediamente più anziana e si collocano, per definizione, in aree lontane dai servizi specialistici, è possibile ipotizzare che, mentre l'esecuzione di esami ematici può aver mantenuto una maggior prossimità, il trasferimento verso strutture di I o II livello può aver comportato un maggior aggravio organizzativo favorendo la riduzione dei volumi e un potenziale ritardo diagnostico nelle aree più svantaggiate. In nessuna delle aree i tassi di incidenza tornano sui valori pre-pandemici, ma ciò che preoccupa è lo scivolamento delle aree interne fragili sui valori minimi in regione, considerato che invece, per le caratteristiche della propria popolazione, sarebbe lecito attendersi una domanda maggiore in queste zone, come dimostra infatti il trend pre-pandemico. Pur non disponendo di dati individuali sulle condizioni di salute e il bisogno di approfondimento diagnostico, possiamo ipotizzare che nelle zone interne fragili sia attualmente presente una quota maggiore di domanda inattesa dai servizi.

Presa in carico territoriale della cronicità

Come per altre problematiche di salute, anche per la cronicità e la sua presa in carico da parte della medicina territoriale, le differenze nelle risorse economiche o culturali individuali e nell'offerta dei servizi nel contesto in cui si vive possono giocare un ruolo importante. Per alcune patologie, come ad esempio il diabete, le malattie cardiovascolari o polmonari, gioca un ruolo importante l'esposizione avuta nel corso della propria vita a fattori rischio individuali (dieta non corretta, scarsa attività fisica, abitudine al fumo o al consumo di alcol), a loro volta correlati, come abbiamo visto nei paragrafi precedenti, con il titolo di studio, l'occupazione lavorativa e le risorse economiche. A questi aspetti possono andarsi ad aggiungere per il paziente potenziali difficoltà nel recepire e seguire correttamente le indicazioni ricevute dal proprio medico, specialmente quando non si è provvisti di una rete familiare e/o sociale di supporto. Su questi fattori individuali vanno poi ad innestarsi quelli contestuali, relativi all'accessibilità dei servizi territoriali, anche per prestazioni semplici come analisi di laboratorio e diagnostica di primo livello, due settori fondamentali per la gestione territoriale delle malattie croniche. A tale riguardo, infatti, il recente decreto ministeriale n. 77, nell'ambito della riorganizzazione dell'assistenza territoriale, si pone proprio l'obiettivo di riequilibrare il gap di offerta tra i territori più svantaggiati e gli altri, puntando ad esempio nella realizzazione delle Case della comunità, presidio unico in grado di accogliere medicina generale e prestazioni di primo livello diagnostico.

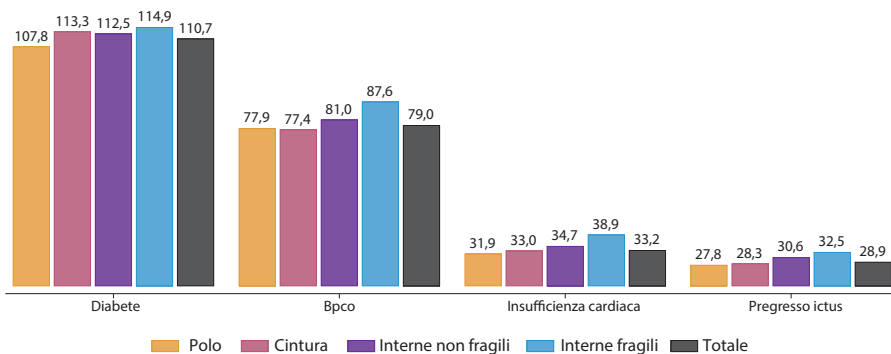
Per valutare le potenziali disuguaglianze nell'assistenza alla cronicità proponiamo di seguito un'analisi della presa in carico territoriale di alcune patologie, attingendo alla banca dati delle malattie croniche (MaCro) di Ars Toscana. MaCro utilizza algoritmi di identificazione basati sui flussi sanitari correnti (schede di dimissione ospedaliera, farmaceutica, specialistica ambulatoriale, ecc.) per intercettare diagnosi di malattie croniche nella popolazione (principalmente tramite l'uso di diagnosi nelle schede di dimissione ospedaliera, terapie farmacologiche specifiche) e creare un archivio dei malati cronici, da poter seguire nel tempo e nello spazio. In questa sede ci focalizziamo su quattro patologie traccianti dell'assistenza alla cronicità per la loro diffusione nella popolazione e per la disponibilità di indicatori consolidati di appropriatezza ed esito del percorso di presa in carico: diabete, broncopneumopatia cronico ostruttiva (Bpco), insufficienza cardiaca e pregresso ictus.

In figura 20 si riportano le prevalenze (pazienti in vita ogni 1.000 abitanti) delle singole malattie croniche per area di residenza. Per tutte le malattie si rileva una tendenza all'aumento spostandosi dal polo alle aree interne fragili. Il trend è meno marcato per il diabete, più evidente per le altre.

Si confermano quindi le condizioni di salute mediamente peggiori degli abitanti delle aree interne fragili, rispetto al resto del territorio regionale, a parità d'età. Nel caso delle patologie croniche, che tendono a presentarsi con maggiore frequenza ad età avanzate, queste differenze dipendono plausibilmente dall'esposizione cumulativa nella vita a fattori di rischio. Su questi aspetti può incidere l'efficacia del servizio sanitario nella prevenzione, tramite la sensibilizzazione e la capacità di persuadere la popolazione all'adozione di corretti stili di

vita, la facilità di accesso a esami di routine utili a monitorare alcuni parametri entro i target consigliati dalle linee guida per la salute.

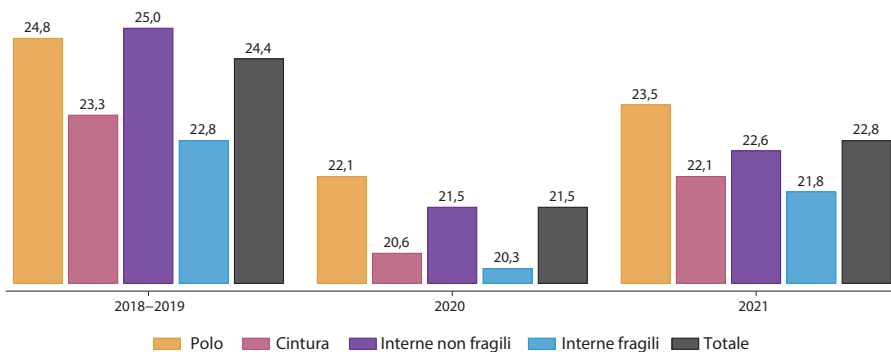
Figura 20. Patologie croniche tra abitanti d'età 45+, per area geografica - Prevalenza patologia standardizzata per età per 1.000 abitanti d'età 45+ anni - Toscana, anno 2021 - Fonte: elaborazioni Ars su dati flussi amministrativi sanitari



Per valutare la presa in carico di queste patologie da parte dei servizi territoriali anche alla luce degli effetti della pandemia da Covid-19, di seguito metteremo a confronto, per alcuni indicatori, la media del biennio 2018-2019 con gli anni 2020 e 2021.

Come primo indicatore proponiamo la percentuale di assistiti cronici che effettua almeno una visita specialistica nell'anno. Per ogni patologia si prende in considerazione la specialità appropriata: diabetologia per il diabete, cardiologia per insufficienza cardiaca e ictus, pneumologia per la Bpco (figura 21).

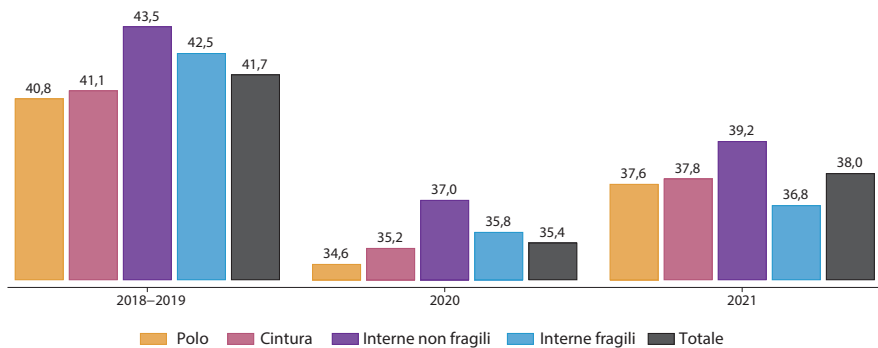
Figura 21. Assistiti cronici d'età 45+ con almeno 1 visita specialistica nell'anno (specialità della patologia), per area geografica - Valore standardizzato per età per 100 malati cronici d'età 45+ anni - Toscana, periodo 2018-2021 - Fonte: elaborazioni Ars su dati flussi amministrativi sanitari



Nel primo anno di pandemia tutta l'attività specialistica ha subito una riduzione dei volumi di erogazione, solo in parte recuperato grazie all'introduzione delle televisite: non tutte le

tipologie di visita, infatti, si prestano a questa modalità di erogazione. Nel 2021 si è rilevata una generale ripresa dei volumi, non ancora tornati però su valori simili a quelli del periodo pre-pandemico. Questo andamento si riflette ovviamente sulla percentuale di assistiti che effettua almeno una visita nell'anno, che diminuisce di circa 3 punti percentuali nel 2020, rispetto al periodo precedente, per risalire leggermente nel 2021. In tutto il periodo si rileva un lieve effetto dell'area di residenza, con i malati cronici delle aree interne fragili che tendono a eseguire meno visite specialistiche rispetto al resto della Toscana, ma le differenze non sono così marcate (circa 2 punti percentuali nel biennio 2018-2019). Nell'ultimo anno il gap tra aree più svantaggiate e meno svantaggiate si è ulteriormente ridotto, grazie però ad una riduzione più decisa nelle seconde piuttosto che ad un riequilibrio dei valori per area. Ancora più omogeneo il risultato del confronto per quanto riguarda la percentuale di cronici con almeno un esame di monitoraggio nell'anno (figura 22).

Figura 22. Assistiti cronici d'età 45+ con almeno 1 esame di monitoraggio nell'anno (patologia-specifico), per area geografica - Valore standardizzato per età per 100 malati cronici d'età 45+ anni - Toscana, periodo 2018-2021 - Fonte: elaborazioni Ars su dati flussi amministrativi sanitari



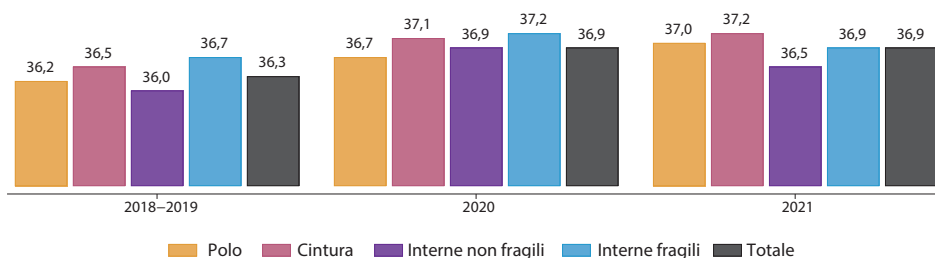
Anche in questo caso, per ogni patologia, è stato considerato un esame specifico e indicativo dell'attenzione posta al mantenimento di alcuni valori ematici, urinari o funzionali entro i valori target. Si considera l'esame dell'emoglobina glicata per il diabete, del sodio e potassio per l'insufficienza cardiaca, del profilo lipidico per il pregresso ictus e l'esame spirometrico per la Bpco. Il dato per area nel biennio pre-pandemico mostrava addirittura una situazione a favore dei residenti delle aree interne fragili, che mostravano valori di circa 1,5 punti percentuali superiori ai residenti nei poli. Con la pandemia tutti i valori tendono a diminuire di circa 5-6 punti percentuali e, in proporzione, sono proprio i residenti delle aree interne fragili a subire maggiormente questo effetto, scendendo al di sotto degli altri gruppi, pur rimanendo su valori sostanzialmente analoghi.

Permane purtroppo un bias nell'analisi dell'attività specialistica, dovuto al ricorso alla sanità privata, non monitorabile dai dati dei flussi amministrativi sanitari, che raccolgono dati solo sull'attività del servizio pubblico o privato convenzionato. È possibile che, a parità di malattia,

il ricorso al privato sia maggiore nelle aree geografiche economicamente più avvantaggiate e più ricche di presidi erogatori, come poli e comuni di cintura intorno ai poli. I valori di queste due aree potrebbero quindi essere sottostimati rispetto alla realtà, proprio perché parte dei malati cronici potrebbe aver eseguito nell'anno almeno un controllo (visita o esame), ma averlo fatto privatamente, specialmente negli ultimi due anni di pandemia caratterizzati da difficoltà di accesso in presidi sanitari pubblici.

Perfettamente sovrapponibile la percentuale di malati cronici in terapia con farmaci previsti per la patologia di cui soffrono: statine per il diabete, betabloccanti per l'insufficienza cardiaca, broncodilatatori per la Bpco e antitrombotici per il pregresso ictus (figura 23). L'adesione al piano terapeutico non sembra risentire del proprio contesto abitativo, pur mantenendosi sempre su valori non troppo elevati (meno di 4 assistiti su 10 sono in terapia). L'altro elemento da rimarcare è l'assoluta stabilità del dato negli ultimi 2 anni, rispetto al periodo pre-pandemico. Anche grazie all'introduzione e diffusione della ricetta dematerializzata, i medici di medicina generale sono riusciti ad assicurare continuità nelle prescrizioni per permettere ai propri assistiti di non interrompere il piano terapeutico.

Figura 23. Assistiti cronici d'età 45+ in terapia nell'anno (patologia-specifica), per area geografica – Valore standardizzato per età per 100 malati cronici d'età 45+ anni – Toscana, periodo 2018-2021 – Fonte: elaborazioni Ars su dati flussi amministrativi sanitari



Infine, con gli ultimi due indicatori valutiamo due esiti di salute, ospedalizzazione e mortalità, utili a segnalare una possibile mancanza di efficacia della presa in carico. Per quanto riguarda l'ospedalizzazione si considerano solamente i ricoveri in reparti per acuti, ordinari, in area medica, per cercare di misurare ricoveri non programmati, dovuti ad un aggravamento improvviso delle condizioni di salute o ad un evento acuto. Il confronto tra le zone non mostra segnali chiari dai poli alle zone interne fragili, che tendono anzi a mantenere livelli di ospedalizzazione più bassi rispetto alle prime (figura 24). I valori diminuiscono negli anni della pandemia, come osservato per tutta l'attività ospedaliera.

La mortalità generale durante l'anno registra un lieve svantaggio nelle zone interne fragili rispetto alle altre, circa 1,2 decessi per 1.000 assistiti cronici di differenza nel 2021, rispetto allo 0,5 per 1.000 del biennio 2018-2019 (figura 25).

Figura 24. Assistiti cronici d'età 45+ con un ricovero ordinario in area medica, reparti per acuti, nell'anno, per area geografica - Valore standardizzato per età per 1.000 malati cronici d'età 45+ anni - Toscana, periodo 2018-2021 - Fonte: elaborazioni ARS su dati flussi amministrativi sanitari

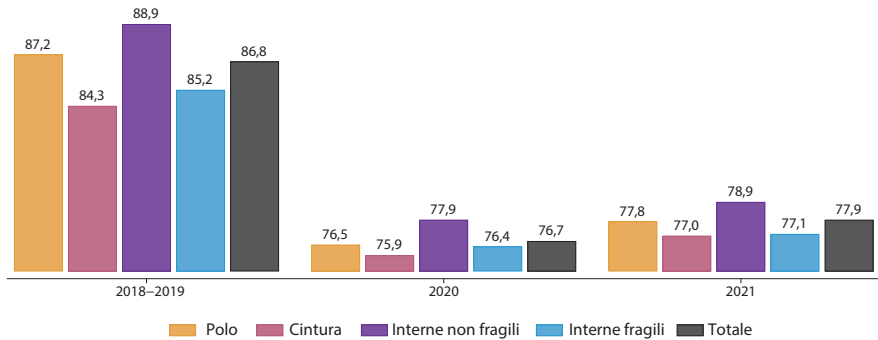
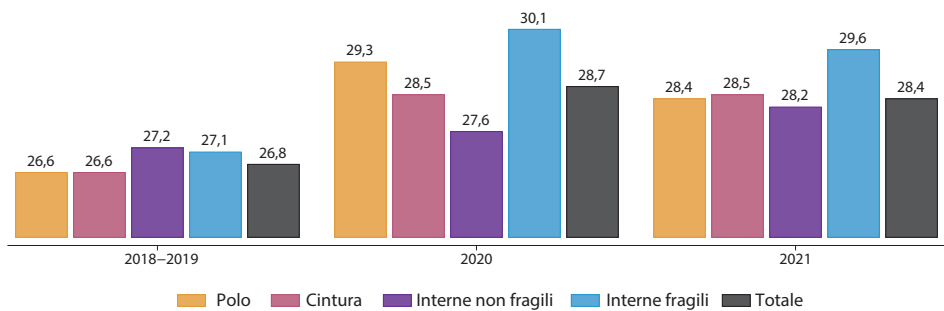


Figura 25. Assistiti cronici d'età 45+ deceduti nell'anno, per area geografica - Valore standardizzato per età per 1.000 malati cronici d'età 45+ anni - Toscana, periodo 2018-2021 - Fonte: elaborazioni ARS su dati flussi amministrativi sanitari



L'indicatore considera tutti i decessi, anche quelli non necessariamente correlati con la patologia cronica oggetto dell'analisi. Vista la sostanziale stabilità degli indicatori precedenti al variare della zona, fatto salvo che nell'analisi potrebbero sfuggire alcuni fattori non misurabili con i dati a nostra disposizione, è ipotizzabile che il leggero aumento del gap della mortalità da polo ad aree interne fragili osservato nel 2021, rispetto al periodo pre-pandemico, sia dovuto proprio agli effetti della pandemia, tendenzialmente più severi nelle aree più fragili della regione.

In conclusione, le aree più svantaggiate tendono a presentare situazioni di salute peggiori, con una presenza maggiore di malati cronici, a parità d'età, tra i propri abitanti. A parità di malati cronici, però, la presa in carico garantita dal servizio sanitario pubblico territoriale sembra non risentire del contesto in cui si vive. I livelli base di monitoraggio (almeno una visita specialistica e un esame di laboratorio), pur fermandosi in generale su valori inferiori al 50% (addirittura 25% nel caso delle visite) degli assistiti, non evidenziano

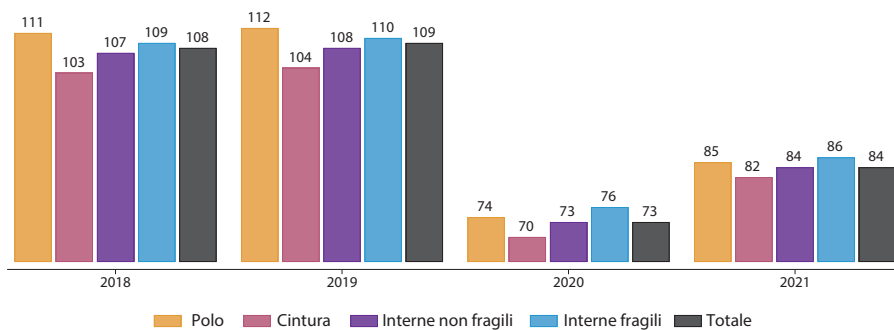
un chiaro svantaggio tra i residenti delle aree interne fragili, rispetto alle altre. La pandemia ha certo condizionato l'assistenza, specialmente nel primo anno, comportando una diminuzione dei volumi di erogazione, che però è stata comune a tutto il territorio regionale. Si è mantenuta sempre stabile, invece, l'aderenza ai piani terapeutici da parte dei malati cronici, che non mostra alcuna differenza da una zona all'altra della regione. Coerentemente con questi risultati, anche gli esiti di salute considerati (ricoveri acuti e decessi), non mostrano differenze marcate da una zona all'altra, né un chiaro trend mano a mano che ci allontaniamo dai comuni di polo a quelli interni fragili.

La presa in carico territoriale dei malati cronici, quindi, pur non facendo registrare performance così elevate negli indicatori considerati, non risente del contesto geografico legato alla tipologia di comune di residenza, assicurando un livello di assistenza omogeneo sull'intero territorio regionale. Resta comunque da incentivare l'adesione alle linee guida della cronicità, visti i livelli di frequenza delle visite o esami specialistici.

Accessi al Pronto soccorso e ricoveri ospedalieri

Per quanto riguarda gli accessi al Pronto soccorso si osserva un trend simile a quello della diagnostica, con un gap nel 2020, rispetto al periodo pre-pandemico, solo in parte recuperato nel 2021. I presidi di Pronto soccorso sono stati i primi ad essere protetti dall'accesso indifferenziato da parte della popolazione, per ridurre il rischio di contagio e per non sovraccaricare gli ospedali con problemi di lieve entità. Dall'analisi per area si evince un cambiamento nel posizionamento delle diverse aree in base ai livelli dei tassi di accesso. In particolare, gli abitanti dei comuni dei poli, che prima della pandemia erano caratterizzati dai livelli di ricorso al Pronto soccorso più alti in Toscana, perdono questo primato, proprio a favore degli abitanti delle aree interne fragili (figura 26).

Figura 26. Accessi al Pronto soccorso, per area geografica – Tasso di accesso standardizzato per età per 100 abitanti – Toscana, periodo 2018-2021 – Fonte: Elaborazioni Ars su dati flusso informativo Ps



Il livello di gravità attribuito al triage di Pronto soccorso non mostra differenze statisticamente significative in base all'area di provenienza. L'unico dato che possiamo osservare è l'accesso

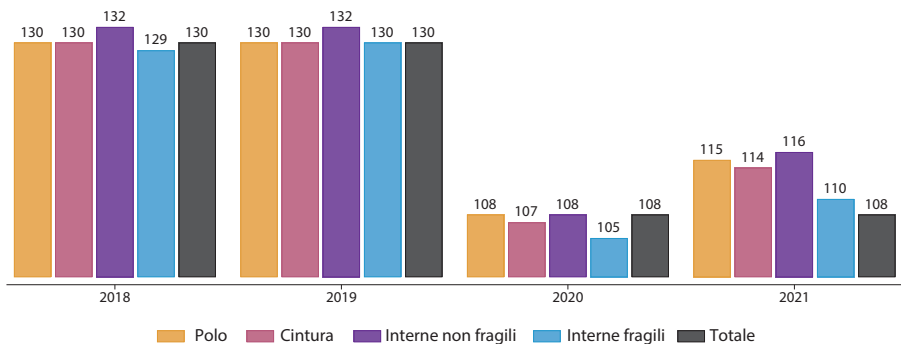
per cause non urgenti che risulta meno frequente nei residenti delle aree interne fragili i quali, data la maggior distanza dal servizio, probabilmente vi fanno ricorso per patologie di maggior gravità (tabella 1). A conferma di quanto appena descritto, fra coloro che accedono al Ps, il 18,1% dei cittadini “fragili” viene ricoverato, rispetto al 15,9% di coloro che provengono dai poli (cintura: 16,5%; interne non fragili: 17,6%).

Tabella 1. Livelli di gravità attribuiti al triage di Pronto soccorso, per area geografica - Valori percentuali - Toscana, anno 2021 - Fonte: Elaborazioni Ars su dati flusso informativo Ps

Livello di gravità attribuito al triage	Polo	Cintura	Interne non fragili	Interne fragili
Emergenza	1,6	1,5	1,7	1,8
Urgenza indifferibile	8,3	8,4	8,4	7,6
Urgenza differibile	45,0	44,4	45,9	46,3
Urgenza minore	31,4	31,2	32,5	33,7
Non urgenza	13,6	14,6	11,6	10,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Come per gli accessi al Ps, anche i ricoveri ospedalieri hanno subito una forte contrazione nel corso del 2020, con una differenza nel tasso di ricovero di oltre 22,5 ricoveri per 1.000 abitanti. Se scomponiamo i ricoveri ospedalieri in base all'area di provenienza (figura 27) si nota come tra i cittadini residenti nelle aree interne fragili questa riduzione sia più marcata e tenda a permanere di più anche nel 2021. Mentre nel 2018 il tasso di ricovero fra poli e aree interne fragili era pressoché sovrapponibile (poli: 130 per 1.000 abitanti; fragili: 128,9 per 1.000 abitanti) nel 2020 la differenza fra tassi è aumentata a 3,6 ricoveri ogni 1.000 abitanti (poli: 108,2 per 1.000; fragili: 104,6 per 1.000) e nel 2021 ha raggiunto i 4,8 ricoveri ogni 1.000 abitanti di differenza.

Figura 27. Ricoveri ospedalieri, per area geografica - Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età per 1.000 abitanti - Toscana, periodo 2018-2021 - Fonte: Elaborazioni Ars su dati flusso informativo Sdo



L'analisi per causa (anno 2021) mostra che tra i cittadini residenti nelle aree fragili, il tasso di ricovero per patologie oncologiche, respiratorie, legate al parto/gravidanza, alle malattie osteomuscolari e psichiatriche, è significativamente inferiore rispetto al valore medio regionale. Al contrario sono significativamente superiori i ricoveri per malattie del sistema circolatorio e del sangue. Interessante notare, invece, che i ricoveri per malattie infettive e parassitarie e per disturbi psichici sono significativamente superiori alla media regionale soltanto nei cittadini residenti nei poli (tabella 2).

Tabella 2. Ricoveri per grandi gruppi di patologia e area geografica - Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età per 1.000 abitanti - Toscana, anno 2021 - Fonte: Elaborazioni Ars su dati flusso informativo Sdo

Grande Gruppo di patologia - Icd9-cm	Polo	Cintura	Interne non fragili	Interne fragili
Malattie infettive e parassitarie	2,2	1,9	2,0	2,0
Tumori	12,2	11,9	11,8	11,3
Malattie endocrine del metabolismo	2,3	2,3	2,5	2,3
Malattie del sangue	0,7	0,7	0,7	1,0
Disturbi psichici	4,0	3,6	3,2	2,6
Malattie del sistema nervoso	4,7	4,8	4,3	4,3
Malattie del sistema circolatorio	13,2	13,5	14,3	14,3
Malattie dell'apparato respiratorio	10,8	10,9	10,3	9,2
Malattie dell'apparato digerente	9,1	9,3	10,0	9,5
Malattie dell'apparato genitourinario	7,3	7,3	7,7	7,0
Complicanze della gravidanza, parto e puerperio	10,2	10,7	10,3	8,9
Malattie della pelle	0,8	0,8	0,9	0,9
Malattie del sistema osteomuscolare	8,0	8,3	8,3	7,5
Malformazioni congenite	1,4	1,4	1,5	1,4
Condizioni morbose di origine perinatale	0,4	0,6	0,5	0,5
Sintomi, segni mal definiti	2,1	2,1	2,3	2,3
Traumatismi e avvelenamenti	9,3	9,1	9,3	9,4
Codici V - Ricoveri di natura speciale	15,8	15,1	16,1	15,4

La gravità del ricovero, misurata utilizzando come parametro il sistema di classificazione Drg, ovvero il carico assistenziale e il consumo di farmaci associato al ricovero, non mostra particolari differenze fra le aree. Tuttavia, il valore ottenuto nei ricoveri ordinari a carico dei cittadini provenienti dalle aree periferiche (sia fragili che non) è significativamente superiore alla media regionale, evidenziando una maggior complessità assistenziale (peso medio Drg, aree interne fragili e non: 0,992; media regione: 0,981).

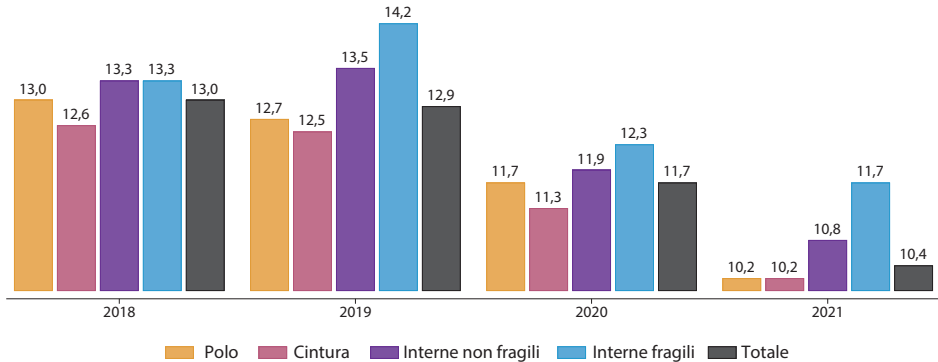
Prima di provare a trarre delle conclusioni provvisorie, uno sguardo al fenomeno del *revolving door*, ovvero la riammissione in ospedale di un paziente entro 30 giorni dalla dimissione.

La letteratura su questo tema è molto ampia e la maggior parte concorda sulla molteplicità dei fattori che intervengono su questo fenomeno nel quale si associano cause cliniche e organizzative a fattori socio-demografici, di sostegno sociale e di aderenza al trattamento¹⁶.

16 Calvillo-King L, Arnold D, Eubank KJ, et al. *Impact of social factors on risk of readmission or mortality in pneumonia and heart failure: systematic review.* J Gen Intern Med. 2013;28(2):269-282.

Complessivamente, nel 2021, la quota di ricoveri ripetuti a 30 giorni dalla dimissione ha rappresentato il 10,4% dei ricoveri (13% nel 2018-2019), con valori che tendono ad essere superiori alla media regionale tra i residenti nelle aree interne fragili (11,7%) (figura 28).

Figura 28. Ricoveri in regime ordinario ripetuti a 30gg dalla dimissione, per area geografica - Valori ogni 100 ricoveri ordinari - Toscana, periodo 2018-2021 - Fonte: Elaborazioni Ars su dati flusso informativo Sdo



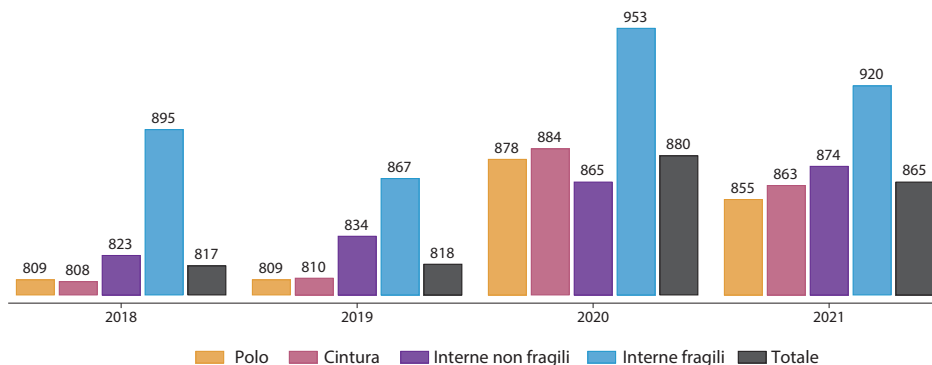
In generale i ricoveri ripetuti tendono a diminuire, così come i ricoveri in generale, in tutte le aree, ma tra i ricoverati delle aree interne fragili nel 2021 sembra esserci una flessione minore rispetto al resto della Toscana e la percentuale di ricoveri ripetuti sul totale si mantiene su valori più simili a quelli del primo anno di pandemia. Questo andamento fa sì che aumenti la differenza tra i valori osservati nelle aree interne fragili e il resto della Toscana, in particolare con poli e cinture, le aree dove si registrano i valori più bassi.

Mortalità

Il biennio 2020-2021 è stato caratterizzato da un forte eccesso di mortalità rispetto agli anni precedenti, per le conseguenze dirette ed indirette della pandemia da Covid-19. Nel 2020 i decessi in Toscana sono stati l'8,6% in più rispetto alla media del quinquennio 2015-2019, nel 2021 il 7,8% in più.

L'andamento per area geografica di residenza è simile, fanno eccezione solamente i residenti delle aree interne non fragili che seguono un trend più lineare rispetto al resto della Toscana. Nelle altre tre aree si nota il forte aumento osservato nel 2020, seguito da una lieve diminuzione, che lascia però i tassi di mortalità su valori ancora superiori a quelli pre-Covid. Tra i residenti delle aree interne fragili si osservano tassi di mortalità decisamente maggiori rispetto al resto della Toscana (nel 2021 circa 920 decessi ogni 100mila abitanti rispetto alla media regionale di 864 per 100mila) e il gap di salute tra questi e il resto della regione torna ad aumentare con la pandemia, dopo che nel 2019 aveva dato segnali di riduzione. La differenza tra il tasso di mortalità delle aree interne fragili e dei poli è passata da 86 decessi ogni 100mila abitanti nel 2018 a 58 per 100mila nel 2019, per poi tornare a salire a 74 decessi per 100mila e 65 per 100mila rispettivamente nel 2020 e 2021 (figura 29).

Figura 29. Mortalità per area geografica - Tasso di mortalità standardizzato per età per 100.000 abitanti - Toscana, periodo 2018-2021 - Fonte: Elaborazioni Ars su dati anagrafe assistibili



La pandemia quindi ha esacerbato le differenze tra i livelli di mortalità nelle diverse aree considerate, frenando una leggera tendenza alla riduzione che sembrava esserci proprio nell'anno precedente ai primi casi di contagio da Sars-CoV-2. Le differenze di salute restano evidenti. Nel 2021 il tasso di mortalità nelle aree interne fragili segna un +7,6% rispetto ai poli, nonostante anche in quelle aree si osservi una riduzione rispetto al 2020.

Conclusioni

Se il 2020 è stato caratterizzato da un minor accesso al servizio sanitario, i cittadini residenti nelle aree fragili sembrano aver aumentato la loro distanza rispetto ai residenti delle aree più centrali della regione. Se prendiamo come riferimento la concettualizzazione multilivello dell'accesso alle cure descritta da Levesque et al. (2013), la disponibilità del servizio rappresenta soltanto una delle dimensioni da prendere in esame. Infatti, come evidenziato attraverso l'analisi dei dati della sorveglianza Passi 2018-2021, il livello culturale ed economico di appartenenza influenza significativamente gli stili di vita adottati dai singoli individui con prevalenze più elevate di fumatori, sedentari e obesi osservabili nelle fasce socio-culturali più basse. Di conseguenza, se consideriamo che la popolazione che vive nelle aree fragili è mediamente più anziana (conseguentemente ha un livello culturale più basso) e dispone di un numero inferiore di stimoli informativi sia in ambito sociale sia lavorativo, è facile supporre che la loro condizione di salute presenti maggiori criticità soprattutto in merito alle patologie croniche. A questo proposito dobbiamo comunque sottolineare che, nonostante la presa in carico territoriale dei malati cronici non mostri performance molto elevate, il livello di assistenza erogato appare omogeneo su tutto il territorio regionale, non mostrando differenze di carattere geografico.

Il livello socio-culturale di appartenenza interviene anche sulla capacità di riconoscere e percepire il problema sanitario, individuare il servizio specialistico a cui rivolgersi e accedervi. Come mostrano i dati riferiti alla diagnostica strumentale, a fronte di una riduzione complessiva del numero di prestazioni osservata nel 2020, nel 2021 l'accesso da parte dei

cittadini provenienti dalle aree fragili non mostra la ripresa attesa. Se a questo aggiungiamo che anche il ricorso al ricovero ospedaliero ha subito una riduzione maggiore, ma associato ad un Drg più alto e ad un maggior numero di riammissioni a 30 giorni, possiamo giungere alla conclusione che la forte contrazione osservata nel periodo pandemico abbia avuto un peso maggiore su questa popolazione aumentando le disuguaglianze, in termini di salute, presenti sul territorio regionale.

Tali conclusioni sembrano essere avvalorate anche dal dato di mortalità, per il quale le aree fragili risultano più penalizzate, con un gap rispetto al resto della Toscana che, dopo una lieve flessione osservata nel 2019, tende nuovamente ad ampliarsi.

SEZIONE II

Inclusione sociale, salute e Piano nazionale di ripresa e resilienza: quali azioni per il futuro

**Inclusione sociale, gli strumenti
per ripartire**

Il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali e le sue declinazioni

C. Corezzi (Regione Toscana)

Colmando un vuoto durato numerosi anni, il 28 luglio 2021 la Rete della protezione e dell'inclusione sociale – presieduta dal ministro del Lavoro e delle politiche sociali – ha approvato il nuovo Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali¹ che contiene al suo interno il Piano sociale nazionale 2021-2023² e il Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2021-2023³. Il Piano è pensato dunque in maniera modulare componendosi di una cornice generale e di diversi Piani settoriali triennali, che potranno essere oggetto di aggiornamenti annuali, secondo una logica a scorrimento.

Nello specifico, il Piano sociale nazionale individua le priorità collegate al Fondo nazionale politiche sociali (Fnps) e alla sua programmazione, distinguendo tra azioni di sistema più ampie e interventi rivolti alle persone di minore età.

In maniera analoga, anche il Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà individua le azioni e gli interventi prioritari nell'ambito della lotta alla povertà, nell'ottica della progressiva definizione di livelli essenziali delle prestazioni (Leps) da garantire su tutto il territorio nazionale in ambito sociale ed esplicitandone obiettivi e caratteristiche nelle relative schede tecniche.

Il Piano sociale nazionale 2021-2023 e il Fondo nazionale politiche sociali

Il Piano ha come obiettivo il benessere sociale della popolazione attraverso lo strumento del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Si tratta del secondo Piano sociale nazionale presentato in attuazione del Dlgs 147/2017 (art. 21): la riforma si colloca in continuità con le previsioni della legge 328/2000 (legge quadro sul sistema degli interventi e dei servizi sociali), che già prevede, all'art. 20, un Piano nazionale a governare l'utilizzo delle risorse dell'Fnps.

Il Fondo, infatti, seppur istituito nel 1998, trova la sua piena definizione nell'ambito della già citata legge 328/2000, nel contesto della quale è stabilita una stretta connessione tra gli strumenti finanziari – l'Fnps, per l'appunto – e uno specifico strumento di programmazione: il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali (art. 18). Fnps e Piano sociale nazionale rappresentano nel disegno del legislatore uno strumento fondamentale di attuazione delle

1 <https://www.lavoro.gov.it/priorita/Documents/Piano-Nazionale-degli-Interventi-e-dei-Servizi-Sociali-2021-2023.pdf>

2 Approvato con decreto interministeriale del 22/10/2021 che ripartisce anche il Fondo nazionale politiche sociali 2021-2023.

3 Approvato con decreto interministeriale del 30/12/2021 che ripartisce anche il Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale 2021-2023.

politiche sociali nazionali che dovrebbe gradualmente evolversi nella definizione dei Leps (art. 22).

Con specifico rimando alle Azioni che fanno riferimento all'Fnps, si distinguono due maggiori Ambiti di impiego, Azioni di sistema e Interventi rivolti alle persone di minore età, all'interno dei quali vengono individuate alcune attività prioritarie nell'ottica della programmazione triennale.

Nello specifico, gli interventi considerati come prioritari vengono individuati come segue:

- Area delle Azioni di sistema
 - Punti unici di accesso: rafforzamento come porta di accesso alla rete dei servizi e delle risorse territoriali e modalità organizzativa dei servizi di accoglienza e orientamento tra comune/ambito territoriale sociale (Ats) e distretto;
 - Leps Supervisione del personale dei servizi sociali: processo di supporto alla globalità dell'intervento professionale dell'operatore sociale, individuata fra le azioni prioritarie da attivare in tutti gli Ambiti e finanziata anche con le risorse del Pnrr Missione 5 Sottocomponente 2 Intervento 1.1.4⁴;
 - Leps Dimissioni protette: sostegno e rafforzamento delle azioni di valorizzazione dell'assistenza domiciliare che prevede una continuità di assistenza e cure attraverso un programma concordato tra il medico curante, i servizi sociali territoriali dell'Ausl di appartenenza e dell'ente locale; anche questo intervento è finanziato da Pnrr e dal Fondo nazionale non autosufficienza (Fna);
 - Potenziamiento professioni sociali: in un approccio fondato sulla valutazione delle persone secondo un approccio multidisciplinare, è fondamentale il rafforzamento della presenza di figure professionali ulteriori a quelle del servizio sociale.
- Interventi rivolti alle persone di minore età
 - Leps Prevenzione allontanamento familiare – Programma di intervento per la prevenzione dell'istituzionalizzazione (Pippi): attivo dal 2011, contrasta l'esclusione sociale dei minorenni e delle loro famiglie, favorendo azioni di promozione del loro benessere mediante l'accompagnamento multidimensionale; è finanziato anche con le risorse del Pnrr Missione 5 Sottocomponente 2 Intervento 1.1.1;
 - Intervento Promozione rapporti scuola territorio – Get up: finalizzato a sviluppare la partecipazione attiva dei ragazzi, il protagonismo, la promozione della loro autonomia, l'utilità sociale e civile del loro agire;
 - Sostegno ai *care leavers*: interventi e pratiche di supporto ai giovani in uscita da progetti di accoglienza al compimento della maggiore età, finanziati anche con una riserva di 5 milioni di euro a valere sulla quota servizi del Fondo povertà;
 - Garanzia infanzia: prevenire e combattere l'esclusione sociale garantendo, a bambini e adolescenti a rischio di povertà o di esclusione sociale, l'accesso effettivo

⁴ Pnrr Inclusione e coesione sociale <https://www.governo.it/it/approfondimento/inclusione-sociale/16706>
Per dettagli sulla Missione 5, cfr. Infra, *Pnrr Missione 5 Coesione e inclusione*.

a un'alimentazione sana e a un alloggio adeguato e l'accesso effettivo e gratuito all'educazione e cura della prima infanzia, all'istruzione e all'assistenza sanitaria.

Utilizzi del Fondo Fnps e le risorse per la Toscana

Il Fondo nazionale politiche sociali prevede la ripartizione delle risorse tra macroaree di attività:

- a. accesso, valutazione e progettazione;
- b. misure per il sostegno e l'inclusione sociale;
- c. interventi per favorire la domiciliarità;
- d. centri servizi, diurni e semi-residenziali;
- e. strutture comunitarie e residenziali.

I destinatari dei servizi sono suddivisi in aree di intervento, che sono state modificate nel corso del tempo e che attualmente sono le seguenti:

- Area 1
 - famiglia e minori;
 - anziani autosufficienti.
- Area 2
 - disabili;
 - anziani non autosufficienti.
- Area 3
 - povertà;
 - disagio adulti, dipendenze, salute mentale.
- Area 4 - Multiutenza.

Con il decreto di riparto del 30 dicembre 2021, alla Regione Toscana sono state assegnate risorse pari a 25.741.242,72 euro per ciascuna annualità del triennio 2021-2023.

Come previsto dal citato decreto, per il 2021 il 50% delle risorse regionali (pari a 12.870.621,36 euro) è destinato agli interventi per le persone di minore età di cui una parte specificamente destinate al programma Pippi (per Regione Toscana pari a 250.000 euro).

Nell'ambito del rimanente 50%, una quota di 667.000 euro è destinata a finanziare la supervisione del personale, mentre altri 667.000 euro finanzieranno le dimissioni protette.

La ripartizione delle risorse agli Ambiti avviene secondo un indice composto da alcuni indicatori (% di nuclei familiari della zona su totale della Toscana e % di residenti della zona su totale della Toscana, % di anziani sulla popolazione residente della zona, % di stranieri sulla popolazione residente della zona, % famiglie con Isee inferiore a 6000 euro sul numero di famiglie della zona, % di nuovi certificati L.104 con disabilità sulla popolazione residente 0-64 anni della zona) che viene aggiornato ogni anno utilizzando i dati più recenti disponibili ed approvato in sede di Conferenza regionale dei sindaci.

La Conferenza esamina la proposta di riparto sia per la quota ordinaria del Fnps sia per la parte dello stesso relativa al Fondo di solidarietà istituzionale, che dal 2020 viene destinata

ad interventi e servizi sociali vari attivati sul territorio in relazione all'emergenza Covid-19 utilizzando quale criterio di ripartizione la popolazione residente nei territori.

L'erogazione delle risorse di ciascuna annualità è condizionata alla rendicontazione da parte degli Ambiti territoriali - nella specifica sezione del Sistema informativo dell'offerta dei servizi sociali (Sioss) - dell'effettivo utilizzo di almeno il 75%, su base regionale delle risorse ripartite nel secondo anno precedente. Per il 2019 gli Ambiti toscani hanno rendicontato il 100% delle risorse assegnate.

Il Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2021-2023

A norma dell'art. 21 del Dlgs 147/2017 il Piano povertà ha la specifica funzione di individuare lo sviluppo degli interventi a valere sulle risorse della quota servizi del Fondo povertà nell'ottica di una progressione graduale, nei limiti delle risorse disponibili, nel raggiungimento di Leps. L'articolazione nel Piano riflette, come il precedente, le tre funzioni individuate normativamente:

- attuazione dei livelli essenziali connessi al ReI/Rdc (cd. quota servizi);
- interventi e servizi in favore di persone in povertà estrema e senza dimora (cd. quota senza dimora);
- sperimentazione interventi in favore di coloro che, al compimento della maggiore età, vivono fuori dalla famiglia di origine sulla base di un provvedimento dell'autorità giudiziaria.

Ad essa si aggiunge la separata funzione di rafforzamento del servizio sociale professionale attraverso l'assunzione di assistenti sociali, ai sensi della legge 178/2020 (art. 1 commi 797 ss.). Le somme di quota servizi sono dedicate al finanziamento dei livelli essenziali delle prestazioni sociali di cui all'articolo 4, comma 13, del decreto legge n. 4 del 2019:

- segretariato sociale;
- servizio sociale professionale per la presa in carico, inclusa la componente sociale della valutazione multidimensionale;
- tirocini finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione;
- sostegno socio-educativo domiciliare o territoriale, incluso il supporto nella gestione delle spese e del bilancio familiare;
- assistenza domiciliare socio-assistenziale e servizi di prossimità;
- sostegno alla genitorialità e servizio di mediazione familiare;
- servizio di mediazione culturale;
- servizio di pronto intervento sociale.

Le somme di quota senza dimora sono destinate al finanziamento di interventi e servizi in favore di persone in condizione di povertà estrema e senza dimora, di cui una parte specifica viene riservata a *Housing first*, servizi di posta e residenza virtuale, pronto intervento sociale. Sulla base del Piano povertà 2021-2023, le regioni e le province autonome devono adottare

un atto di programmazione regionale dei servizi necessari per l'attuazione del reddito di cittadinanza (Rdc) come livello essenziale delle prestazioni e degli interventi individuati dal Piano, compresi quelli in favore di persone in condizione di povertà estrema e senza dimora. In particolare l'atto regionale deve avere i seguenti contenuti:

- il quadro di contesto;
- le modalità di attuazione del Piano per i servizi di contrasto alla povertà;
- le risorse finanziarie (dedicate al finanziamento dei livelli essenziali delle prestazioni sociali ed agli interventi e servizi per la povertà estrema);
- la descrizione degli interventi e dei servizi programmati.

Le risorse previste dal Piano nazionale vengono integrate con risorse regionali, ovvero afferenti a fondi nazionali o comunitari, inclusi i fondi relativi al Pon Inclusione integrato con le risorse finanziarie dell'iniziativa React EU⁵ e al Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr).

L'atto deve essere predisposto sentiti i comuni, in forma singola o associata, ovvero le Anci regionali, e favorendo la consultazione delle parti sociali e degli enti del Terzo settore territorialmente rappresentativi in materia di contrasto alla povertà.

I contenuti dell'atto di programmazione regionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2021-2023

Il Piano regionale della Toscana - dopo il percorso previsto dalla normativa nazionale - è stato approvato con deliberazione di giunta regionale n. 557 del 16 maggio 2022 e trasmesso al Ministero delle politiche sociali.

La prima parte del Piano riguarda il quadro di contesto che riporta la normativa regionale inerente il contrasto alla povertà, gli elementi caratterizzanti della situazione nei territori (elaborati a partire dai dati e dalle analisi contenuti nei rapporti sulle povertà e l'inclusione sociale curati dall'Osservatorio sociale ed integrati con altri elementi), le modalità di confronto e consultazione attuate per la redazione e la condivisione del piano e le specifiche sull'organizzazione del sistema degli Ambiti territoriali.

Le risorse previste nel Piano regionale per il triennio 2021-2023 sono primariamente quelle assegnate alla Toscana dal Fondo povertà:

- Quota servizi (in euro), da ripartire fra tutti gli Ambiti toscani:
 - 2021: 26.433.000
 - 2022: 23.899.577
 - 2023: 18.423.000
- Quota senza dimora: 775.600 euro per ogni annualità, da ripartire fra gli Ambiti dei comuni capoluogo (Firenze esclusa poiché ha una riserva specifica come città metropolitana) più Versilia ed Empolese-Valdelsa-Valdarno.

⁵ <https://politichecoesione.governo.it/it/strategie-tematiche-e-territoriali/strategie-tematiche/strategia-per-il-contrasto-all-emergenza-covid-19-con-le-politiche-di-coesione/react-eu/>

A tali somme si affiancano e si integrano quelle provenienti da altre fonti, che concorrono alle medesime finalità: Fnps, Pnrr, risorse specifiche destinate ad interventi rivolti alle persone senza dimora (avviso 1/2021 e avviso 4/2016 e rifinanziamento 2021⁶), Fondo sociale europeo (Fse), Fondo per lo sviluppo e la coesione (Fsc), Fondo per le politiche della famiglia ed altre risorse regionali.

I principali servizi ed interventi previsti nel piano regionale della Toscana sono in sintesi i seguenti:

- Leps Servizio sociale professionale: avvicinamento per tutte le zone toscane dell'obiettivo di servizio 1/6.500 abitanti e al Leps 1/5.000 abitanti;
- Leps Reddito di cittadinanza: stabilizzazione e potenziamento delle misure correlate;
- Sostegno alla genitorialità;
- Leps Pronto intervento sociale: allargamento progressivo del servizio di emergenza urgenza sociale (Seus);
- Leps Segretariato sociale e informazione: potenziamento informazione ai cittadini e reti locali di ascolto;
- progetti utili alla collettività (Puc): aumento della diffusione e dei confronti tra territori e servizi;
- Leps Accesso alla residenza anagrafica: lavoro integrato per l'effettività del diritto;
- potenziamento *Housing first*;
- realizzazione centri servizi per il contrasto alla povertà.

In particolare, dato che le potenzialità dei Puc rispetto all'attivazione ed all'inclusione delle persone non sembrano ancora del tutto conosciute e sfruttate, si riporta di seguito un approfondimento specifico su questo strumento.

Focus. I progetti utili alla collettività

I beneficiari di reddito di cittadinanza (Rdc) che non vengono avviati al lavoro e che abbiano sottoscritto un patto per il lavoro o un patto per l'inclusione sociale, sono tenuti a svolgere progetti utili alla collettività (Puc) nel comune di residenza. La partecipazione ai progetti è facoltativa per le persone non tenute agli obblighi connessi al RdC, le quali possono aderire volontariamente nell'ambito dei percorsi concordati con i servizi sociali dei comuni/Ambiti territoriali.

I comuni, singoli o associati e raccordandosi a livello di ambito territoriale, sono responsabili dell'approvazione, attuazione, coordinamento e monitoraggio dei progetti posti in essere, anche con l'apporto di altri soggetti pubblici e del privato sociale. È auspicabile il coinvolgimento degli enti del Terzo settore mediante una procedura pubblica per la definizione dei soggetti partner e l'approvazione di specifico accordo e dei progetti presentati, nel rispetto dei principi di trasparenza, imparzialità, partecipazione e parità di trattamento.

⁶ Cfr. Infra, *Le risorse per la marginalità estrema*.

In ogni caso i beneficiari sono tenuti a partecipare ai progetti attuati nel loro comune di residenza per almeno 8 ore settimanali, aumentabili fino a 16, ma, oltre a un obbligo, i Puc rappresentano un'occasione di inclusione e crescita per i beneficiari e per la collettività:

- per i beneficiari, perché i progetti saranno strutturati in coerenza con le competenze professionali del beneficiario, con quelle acquisite anche in altri contesti ed in base agli interessi e alle propensioni emerse nel corso dei colloqui sostenuti presso il centro per l'impiego o presso il servizio sociale del comune;
- per la collettività, perché i Puc dovranno essere individuati a partire dai bisogni e dalle esigenze della comunità locale e dovranno intendersi come complementari, a supporto e integrazione rispetto alle attività ordinariamente svolte dai comuni e dagli enti pubblici coinvolti.

Le attività messe in campo nell'ambito dei Puc dovranno rispondere a uno specifico obiettivo da raggiungere in un intervallo di tempo definito, attraverso la messa in campo di risorse umane e finanziarie. I progetti possono essere attuati nei seguenti ambiti: culturale, sociale, artistico, ambientale, formativo, tutela beni comuni.

Il progetto potrà riguardare sia una nuova attività sia il potenziamento di un'attività esistente, ma in nessun caso le attività in esso svolte potranno essere sostitutive di quelle ordinarie né saranno in alcun modo assimilabili ad attività di lavoro subordinato o parasubordinato o autonomo.

Stato di avanzamento dell'attuazione dei Puc

Secondo i dati riportati nel *Quinto rapporto sulle povertà e l'inclusione sociale in Toscana 2021*⁷ alla data del 30 novembre 2021 a livello nazionale risultavano caricati sulla piattaforma Gepi⁸ 13.141 Puc. Ad eccezione di Valle D'Aosta e Trentino-Alto Adige, sono stati attivati in tutte le regioni, ma mentre Lombardia e Puglia sono le regioni con il maggior numero di Puc caricati, la Toscana si colloca poco al di sotto della media nella distribuzione nazionale.

In Toscana, a fine novembre 2021, risultavano caricati sulla piattaforma Gepi 394 Puc in 19 zone su 26 (secondo il vecchio ordinamento). L'area d'intervento è prevalentemente quella sociale (43,4% del totale), che offre anche la maggior parte dei posti disponibili. Seguono i Puc attivati in ambito ambientale che mettono a disposizione oltre il 21% dei posti disponibili. La terza area d'intervento è quella della tutela dei beni comuni (19,5%), la quarta è l'area culturale con quasi il 13%. Sono presenti Puc anche nell'area della formazione (2,5%), mentre per quella artistica sono solo lo 0,5%.

⁷ Vedi pagina dedicata su <https://www.regione.toscana.it/osservatoriosocialeregionale/attivita/esclusione-sociale-e-poverta/le-pubblicazioni>

⁸ Gepi è una applicazione progettata e sviluppata per semplificare il lavoro degli assistenti sociali nell'accompagnare i beneficiari del reddito di cittadinanza convocati dai servizi sociali dei comuni. La piattaforma permette di compilare gli strumenti per la valutazione e la progettazione personalizzata. Permette anche di svolgere l'analisi, il monitoraggio, la valutazione e il controllo del programma del reddito di cittadinanza attraverso la condivisione delle informazioni sia tra le amministrazioni centrali e i servizi territoriali sia, nell'ambito dei servizi territoriali, tra i centri per l'impiego e i servizi sociali.

A luglio 2022 il numero totale è salito a 565: la situazione è quindi in miglioramento, ma non in tutte le zone sono stati attivati e non in tutti comuni all'interno delle zone. La legge 234/21 - Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024 - ha però introdotto una novità che dovrebbe dare un nuovo impulso: l'obbligatorietà per i comuni di impiegare nei Puc almeno un terzo dei beneficiari Rdc residenti.

Potenziamento dei Puc in Toscana

Da quanto sopra riportato deriva la necessità di potenziare lo strumento dei Puc, sia in funzione dell'attivazione dei singoli nell'ambito dei contesti delle comunità locali, sia come occasione di possibile ripresa di percorsi formativi e professionali con un forte collegamento tra servizi sociali e centri per l'impiego.

I Puc possono (e in una certa misura, devono) essere terreno di sperimentazione sociale, utile a tutti i soggetti e gli enti implicati nella sua realizzazione – dai beneficiari ai comuni, passando per gli enti ospitanti, i tutor, gli operatori dei servizi, gli assistenti sociali e i centri per l'impiego – strumento di progettazione innovativa e anche risorsa di intervento sociale finalizzato all'integrazione e al contrasto a marginalizzazione, disgregazione sociale e non, nella misura più assoluta, mero e asettico adempimento burocratico interpretato talvolta come una sorta di funzione risarcitoria nei confronti della collettività per i percettori Rdc.

Per tale motivo, la diffusione dei Puc costituisce una linea di azione prioritaria all'interno dell'atto di programmazione regionale tenendo conto della necessaria collaborazione tra centri per l'impiego e servizi sociali e della possibilità di rispondere sia a bisogni di socializzazione e di ripresa delle *soft skills* in alcuni casi, sia a percorsi di ripresa di percorsi lavorativi anche attraverso la proposta di tirocini per l'inclusione⁹.

In particolare sono state previste le seguenti linee di azione:

- aumentare la diffusione dei Puc al 70% delle zone toscane;
- favorire il confronto tra zone e tra comuni nell'attivazione dei Puc, anche attraverso la riproposizione di eventi di scambio di esperienze quali "La fiera dei Puc"¹⁰;
- favorire la relazione tra servizio sociale e centri per l'impiego nella gestione dei Puc e la promozione, dove possibile, di successivi percorsi di acquisizione di competenze utili per successivi percorsi occupazionali.

⁹ Si veda su questo tema quanto previsto dalla Dgr n. 20 del 18/05/2020 Disposizioni per la realizzazione di tirocini di orientamento, formazione e inserimento/reinserimento finalizzati all'inclusione sociale all'autonomia delle persone ed alla riabilitazione.

¹⁰ A luglio 2021 si è tenuta la prima fiera online dedicata ai Puc organizzata da Regione Toscana in collaborazione con Anci Toscana. La seconda edizione della fiera dei PUC si terrà dal 28 novembre al 7 dicembre 2022 sempre online (fierapuctoscana.it).

Le risorse per la marginalità estrema

C. Corezzi e B. Cigolotti (Regione Toscana)

Le linee di indirizzo e l'avviso n. 4/2016

«Ciò che connota le persone senza dimora è una situazione di disagio abitativo, più o meno grave secondo la classificazione Ethos (European typology of homelessness), che è parte determinante di una più ampia situazione di povertà estrema. Dal punto di vista delle politiche e dell'intervento sociale, a connotare tale situazione è la presenza di un bisogno indifferibile e urgente, ossia tale da compromettere, se non soddisfatto, la sopravvivenza della persona secondo standard di dignità minimi»¹.

Le linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia così definiscono sinteticamente il fenomeno della grave emarginazione, richiamando la necessità di processi di presa in carico a fronte di bisogni indifferibili e urgenti che hanno a che vedere con due fattori: la sopravvivenza (concetto che richiama le strategie cosiddette di riduzione del danno), ma anche standard di dignità minimi che dovrebbero caratterizzare le politiche e gli interventi sociali.

Le linee di indirizzo dunque promuovono il superamento di approcci di tipo emergenziale in favore di approcci maggiormente strutturati:

- *Housing led* e *Housing first*: assumono il rapido reinserimento in un'abitazione come punto di partenza affinché i senza dimora possano avviare un percorso di inclusione sociale;
- “presa in carico”: comune a tutti gli approcci strutturati e punto di divergenza rispetto ai servizi emergenziali, parte dal riconoscimento dello stato di bisogno del soggetto e dal mandato istituzionale ad un operatore sociale, si declina un progetto mirato a potenziare le capacità della persona affinché esca dalla condizione di disagio e riprenda il controllo della propria vita e l'autonomia;
- servizi e interventi di bassa soglia o di riduzione del danno concepiti in una logica non emergenziale, all'interno di un sistema strutturato, all'interno di un sistema di servizi strategicamente orientati verso il perseguimento del maggior grado di inclusione sociale possibile per ciascuna persona in stato di bisogno, al fine di garantire innanzitutto risposte primarie ai bisogni delle persone senza dimora mediante servizi di pronta e prima accoglienza svolti in strada o in strutture di facile accessibilità, in una dimensione di prossimità rispetto alla persona e che crei le condizioni per una successiva presa in carico.

L'avviso pubblico n. 4/2016 si inserisce nel solco tracciato dalle linee di indirizzo, sostenendo l'adozione di un modello strategico integrato di intervento dei servizi sociali orientato verso i metodi innovativi dello *Housing first* e dello *Housing led*, in base ai quali il reinserimento in un'abitazione rappresenta il punto di partenza dell'avvio di un percorso di inclusione sociale.

¹ *Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia*, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, p. 15

La rete regionale per l'inclusione delle persone senza dimora

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 sul tema *Housing first* anche dal Piano nazionale di ripresa e resilienza che lo ha inserito tra gli interventi della Missione 5, con riferimento alle linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia sopra citate – è stato quello di realizzare un sistema di presa in carico integrata volta alla costruzione di percorsi di autonomia dei beneficiari, a partire da modelli di intervento *Housing first* e *Housing led*.

Il progetto “Rete regionale inclusione persone senza dimora” finanziato dal Ministero del lavoro e politiche sociali a valere sul Pon Inclusione e Po I Fead per interventi di contrasto alla grave emarginazione adulta e condizione di senza dimora, è stato approvato a luglio 2018 per un totale di finanziamento di 1.702.500 euro. Regione Toscana ha individuato quali partner attuativi delle azioni di progetto i capofila degli Ambiti territoriali nei quali è presente un comune capoluogo di provincia, stante la maggiore concentrazione delle persone senza dimora nelle città.

La volontà di Regione Toscana dunque è stata quella di favorire l'attuazione di azioni di governance unitaria sugli interventi di contrasto alla povertà estrema creando una rete regionale contro l'emarginazione grave. Tale scelta è stata funzionale alle caratteristiche geografiche e antropologiche del territorio caratterizzato da città con forti reti sociali e con una presenza di persone senza dimora diffusa e caratterizzata da forte mobilità. Si è inteso mettere in rete le diverse esperienze, facendo delle realtà più innovative vettori di innovazione per tutta la regione. È stata costituita una cabina di regia coordinata da Regione Toscana cui partecipano i responsabili territoriali dei progetti e della rendicontazione dei territori coinvolti, Anci Toscana per lo sviluppo delle procedure di gestione rendicontale e di accompagnamento della programmazione territoriale, Federazione italiana organismi per le persone senza dimora (fio. Psd) per la formazione dei partner e la valutazione delle azioni innovative e Osservatorio nazionale della solidarietà nelle stazioni italiane (Onds) per la mappatura territoriale.

L'obiettivo principale è la creazione di un sistema regionale integrato, orientato e diffuso di servizi territoriali rivolti alle persone senza dimora e in situazioni di grave marginalità, volti alla presa in carico e alla promozione di percorsi di progressivo inserimento sociale, abitativo e lavorativo ed al rafforzamento o l'avvio di percorsi sperimentali di *Housing first* e di *Housing led* in tutti i territori coinvolti.

I risultati che la rete vuole ottenere sono: potenziamento dei servizi di presa in carico dei senza dimora, aumento delle persone accolte nei servizi di *Housing first* e *Housing led*, aumento delle persone che usufruiscono dei servizi di bassa soglia per la soddisfazione di bisogni immediati (distribuzione di beni di prima necessità), aumento dei servizi di sportello, segretariato sociale e accompagnamento rivolti ai senza dimora, aumento dei servizi di socializzazione e di sviluppo

di capacità lavorative di base, aumento della distribuzione di beni materiali nell'ambito di progetti di accompagnamento all'autonomia.

Il percorso progettuale

Con la deliberazione n. 1282 del 12 dicembre 2016 la Giunta regionale ha approvato la partecipazione, in qualità di soggetto proponente, di Regione Toscana all'avviso pubblico n. 4/2016 al fine di accedere ai relativi finanziamenti incaricando la competente struttura regionale della fase progettuale secondo le modalità previste dall'avviso e, una volta terminato il percorso di progettazione, all'espletamento dei successivi atti conseguenti e necessari all'attuazione della proposta progettuale medesima.

Con il decreto n. 21097 del 3 dicembre 2018, sono stati assunti gli impegni di spesa a favore dei soggetti partner per la realizzazione delle attività relative al progetto, di cui alla convenzione di sovvenzione stipulata tra Regione Toscana e autorità di gestione (tabella 3).

Tabella 3. Avviso 4/2016 – Risorse suddivise per partner di progetto in euro – Piani finanziari aggiornati al 30 settembre 2021

Partner	Pon	Fead	Totale
Comune di Carrara	72.687,27	77.312,73	150.000,00
Comune di Lucca	72.687,05	77.312,95	150.000,00
Comune di Livorno	137.462,27	146.209,71	283.671,98
COeSO Sds Grosseto	72.686,50	77.312,73	149.999,23
Sds zona Pisana	88.102,30	93.714,07	181.816,37
Sds Pistoiese	88.303,43	93.920,56	182.223,99
Sds area Pratese	105.736,23	112.464,77	218.201,00
Sds Senese	72.687,27	77.312,73	150.000,00
Comune di Arezzo	89.897,68	95.689,74	185.587,42
Anci Toscana	19.499,00	0	19.499,00
fio.Psd	19.999,00	0	19.999,00
Onds	11.002,00	0	11.002,00
Regione Toscana	500	0	500
Totali	851.250,00	851.250,00	1.702.500,00

Contestualmente si è provveduto a liquidare come anticipo la prima tranche pari al 15% dell'importo totale del finanziamento. Successive liquidazioni di tranche di contributo avvengono man mano che il Ministero certifica le rendicontazioni delle spese sostenute.

Le risorse sono costituite da fondi del:

- Pon Inclusione, che finanziano il rafforzamento dei servizi territoriali per la presa in carico dei senza dimora;

- Programma operativo Fead (Fondo di aiuti europei agli indigenti) che finanzia l'acquisto di beni materiali da utilizzare ad esempio nell'erogazione di servizi a bassa soglia.

Diverse sono state le proroghe previste dal Ministero per il termine delle attività progettuali: inizialmente al 31 dicembre 2020, poi una ulteriore proroga al 30 giugno 2021, se entro il 31 dicembre 2020 fossero stati assunti impegni pari alla somma assegnata. L'ultima proroga è stata al 31 dicembre 2021, mentre le rendicontazioni delle spese (che vengono inserite dalla Regione con il supporto di Anci Toscana nell'apposita procedura online del Ministero) potevano essere effettuate fino al mese di febbraio 2022.

I soggetti partner hanno terminato di rendicontare le spese sostenute, mentre sono ancora in corso i controlli sulle rendicontazioni da parte del Ministero.

Con il decreto direttoriale n. 287 del 14 agosto 2020 è stata avviata la procedura per il rifinanziamento dell'avviso 4; il decreto direttoriale n. 391 del 4 novembre 2021 ha stabilito 50 milioni di euro come importo massimo impegnato per la realizzazione degli interventi, in aggiunta alle azioni già finanziate e realizzate e/o per la prosecuzione delle stesse.

Le risorse complessive sono a valere sul Poc Inclusion (Programma operativo complementare di azione e coesione inclusione 2014-2020) e sul Po I Fead.

Il nuovo rifinanziamento per il progetto di Regione Toscana, comunicato ad aprile 2022 dal Ministero e basato sul totale delle spese rendicontate al 30 settembre 2020, ammonta a 1.276.875 euro di cui 851.250 euro a valere sul Poc Inclusion e 425.625 euro a valere sul Po I Fead (tabella 4). Nel mese di giugno è stato presentato al Ministero il nuovo progetto, che dopo successive integrazioni è stato approvato a settembre. La convenzione di sovvenzione tra Regione e Ministero è stata sottoscritta il 13 ottobre 2022.

Tabella 4. Rifinanziamento avviso 4/2016 - Risorse suddivise per partner di progetto in euro - Piano finanziario approvato

Partner	Poc	Fead	Totale
Comune di Carrara	72.687,25	38.656,36	111.343,61
Comune di Lucca	72.687,05	38.656,48	111.343,53
Comune di Livorno	137.462,29	73.104,86	210.567,15
COeSO Sds Grosseto	72.686,50	38.656,37	111.342,87
Sds Pisana	88.102,30	46.857,04	134.959,34
Sds Pistoiese	88.303,43	46.960,28	135.263,71
Sds Pratese	105.736,23	56.232,39	161.968,62
Sds Senese	72.687,27	38.656,35	111.343,62
Comune di Arezzo	89.897,68	47.844,87	137.742,55
Anci Toscana	30.751,00	0	30.751,00
fio.Psd	19.749,00	0	19.749,00
Regione Toscana	500	0	500
Totali	851.250,00	425.625,00	1.276.875,00

Le azioni attivate

Il supporto ai territori si è rivelato particolarmente importante per formare gli operatori all'approccio *Housing first*, ma anche per la gestione e riorganizzazione dei servizi nelle fasi più critiche della crisi sanitaria e sociale dovuta al Covid-19.

Particolarmente rilevante e impegnativo è stato anche l'accompagnamento dei territori per la presentazione della rendicontazione dei finanziamenti ricevuti, attività che è risultata particolarmente gravosa sia in termini di rigidità delle regole da rispettare sia di onerosità di tempo per la predisposizione della documentazione da presentare.

Attività Pon Inclusione

Le progettualità territoriali sono state caratterizzate dal coinvolgimento degli enti del Terzo settore e del privato sociale nella realizzazione degli interventi finalizzati a favorire l'inclusione sociale delle persone senza dimora, creando e/o rafforzando una rete di servizi strutturata sul territorio regionale, cosa che ha reso possibile il superamento della logica emergenziale, che in alcuni casi caratterizzava questi interventi.

Il processo di presa in carico si è realizzato attraverso il lavoro di equipe multidisciplinari costituite da operatori appartenenti alle istituzioni, al Terzo Settore e al privato sociale, attraverso una valutazione complessiva della persona, del suo coinvolgimento attivo e di responsabilizzazione nella definizione e realizzazione del percorso di autonomia. In alcuni casi è stato attuato il modello *Housing first*.

Le partnership già esistenti sul territorio si sono rafforzate, in alcuni casi ampliate, pur riscontrando difficoltà nella integrazione socio-sanitaria a causa del diverso approccio utilizzato dai servizi sociali e da quelli sanitari, per le quali si sono attivate, in qualche caso, azioni di dialogo e in altri di coordinamento tra i servizi.

Gli interventi di *Housing first* si sono realizzati con alloggi messi a disposizione dagli enti del Terzo settore o da loro mediati e raramente facendo ricorso all'edilizia residenziale pubblica.

Con gli interventi a bassa soglia si è cercato di dare risposte ai bisogni primari delle persone, ma anche di dare un primo orientamento verso servizi del territorio, col fine di poter favorire la loro presa in carico.

In alcuni territori sono stati realizzati tirocini formativi per favorire l'accesso al mondo del lavoro.

Durante il lockdown diversi centri diurni hanno offerto un riparo h24 a persone particolarmente vulnerabili e sono stati attivati dei servizi telefonici per monitorare utenti in carico al servizio, svolgendo anche attività di segretariato sociale e di ascolto. Le attività del progetto sono state oggetto di revisione e riorganizzazione per aderire meglio alle regole imposte dall'emergenza sanitaria, attuando le disposizioni anticontagio e la sanificazione degli ambienti. Inoltre gli operatori si sono anche impegnati nella informazione e sensibilizzazione degli ospiti alle misure di sicurezza, segnalando una scarsa collaborazione con i servizi sanitari.

I beneficiari dei servizi erogati dagli Ambiti toscani sono compresi in tutte le tipologie Ethos: il 29,9% del totale fa riferimento alla categoria operativa dei "senza tetto", il 27,3% fa

riferimento a “sistemazione insicura”, il 23,5% a “sistemazione inadeguata” e il 19,3% a quella dei “senza casa”.

Attività Po I Fead

Le progettualità territoriali sono state caratterizzate dal coinvolgimento degli enti del Terzo settore e del privato sociale nell’acquisto e nella distribuzione dei beni a persone in situazioni di grave marginalità che necessitavano di beni essenziali non inserite in progetti di intervento, ma anche ad altre coinvolte in percorsi di inclusione sociale. I beni materiali hanno rappresentato uno “strumento” utile per favorire la presa in carico, nel caso di primi contatti o per poterla supportare nel caso di progetti di autonomia personale già avviati.

La distribuzione realizzata in strada di beni (alimentari, di prodotti igienici di prima necessità, di beni per proteggersi dal freddo durante la notte, di materiale di profilassi, ecc.) spesso costituisce il primo contatto con le persone in situazione di grave emarginazione; gli operatori hanno sempre cercato di valorizzare la componente relazione per favorire l’accesso ai servizi territoriali, attraverso l’invio, ma anche l’accompagnamento personalizzato. In ogni caso la distribuzione è stata sempre accompagnata da un primo monitoraggio rispetto a bisogni rilevanti e/o urgenti delle persone e dove si è ritenuto possibile, anche da informazioni di orientamento circa i servizi del territorio e da un sostegno per adempimenti di tipo burocratico amministrativo.

I beni acquistati con i fondi Fead sono stati distribuiti anche nei dormitori e nei centri diurni e nell’ambito di progetti di *Housing first* e *Housing led*. I beni hanno permesso di allestire e attrezzare l’ambiente in modo da garantire piccoli spazi personalizzati per gli ospiti (armadietti, comodini), di fornire materiali per la cucina e biancheria utili per una corretta e autonoma gestione dello spazio abitativo. In alcuni casi sono stati forniti materiali e attrezzature per realizzare piccoli interventi di manutenzione da parte delle persone coinvolte, utili per acquisire autonomia nella gestione della quotidianità.

In alcuni progetti sono stati acquisiti beni per la realizzazione di attività formative.

Nel corso dell’emergenza sanitaria le attività si sono concentrate sulle seguenti misure:

- di prevenzione e protezione: attraverso la distribuzione di dispositivi di protezione (mascherine e guanti) e di sanificazione (disinfettanti e prodotti per l’igiene);
- supporto agli interventi di prevenzione di assembramenti e contatti durante i periodi di lockdown, attraverso la fornitura di beni di prima necessità che normalmente avrebbe portato i destinatari degli interventi a spostarsi sul territorio.

Risultati raggiunti

In sintesi sono stati questi i risultati principali:

- potenziamento dei servizi di presa in carico dei senza dimora anche attraverso il lavoro delle equipe multiprofessionali e interistituzionali;
- rafforzamento della rete dei servizi territoriali che permette di dare una risposta più adeguata ai bisogni delle persone in grave marginalità, in quanto i beneficiari hanno la possibilità di accedere a più servizi coordinati tra di loro;

- maggiori occasioni di primo contatto con le persone che vivono in strada attraverso la distribuzione di beni materiali che diventano uno “strumento” per favorire la relazione con gli operatori, quale primo passo per realizzare progetti di inclusione sociale;
- potenziamento dei servizi di bassa soglia per la soddisfazione di bisogni immediati (distribuzione di beni di prima necessità), dei servizi di sportello, di segretariato sociale e accompagnamento in percorsi di autonomia rivolti ai senza dimora;
- maggior attuazione e/o e rafforzamento degli approcci metodologici di *Housing first* e *Housing led*;
- proposta di modelli schematici di raccolta dati degli utenti intercettati da parte degli operatori territoriali e format del modello di mappatura e servizi presenti sul territorio.

Di seguito si riporta una tabella riassuntiva delle attività e dei beneficiari raggiunti nel periodo di attuazione del progetto che è stato avviato a febbraio 2017 e si è concluso a dicembre 2021.

Tabella 5. Interventi attivati e beneficiari – Periodo 2 febbraio 2017–31 dicembre 2021

Interventi e servizi	Persone	Servizi attivati
Interventi a bassa soglia per la soddisfazione di bisogni immediati: distribuzione di beni di prima necessità	4.223	
Distribuzione di altri beni materiali nell'ambito di progetti di accompagnamento all'autonomia	547	
Persone inserite in attività di socializzazione e di sviluppo di autonomia	532	
Servizi di presa in carico		653
Servizi <i>Housing first</i> / <i>Housing led</i>		131
Servizi di bassa soglia*		826
Servizi di sportello, segretariato sociale e accompagnamento*		847
Servizi di socializzazione e di sviluppo di capacità lavorative*		287

* Escluso ambito aretino perché ha indicato i servizi come n. di ore o notti.

Criticità riscontrate

Le principali criticità riscontrate in questi 4 anni di attuazione del progetto riguardano:

1. La presa in carico delle persone senza dimora si è rivelata carente sul piano sanitario, soprattutto in riferimento alle frequenti problematiche derivanti dalla vita di strada sul piano fisico, psicologico e delle dipendenze. I servizi sociali degli ambiti territoriali hanno intrapreso azioni di dialogo con i servizi sanitari, ma è necessario lavorare anche attraverso l'azione del “Tavolo regionale per la protezione e l'inclusione sociale” (Dgr n. 917/2021), promuovendo protocolli/accordi e momenti di formazione/scambio che coinvolgano operatori appartenenti a enti e servizi diversi.

2. La temporaneità dei fondi, in mancanza di tempistiche certe sull'avvio effettivo del nuovo finanziamento, incide negativamente sulla continuità dei servizi e sull'attuazione del progetto di autonomia individuale.
3. L'impegno oneroso che richiede la rendicontazione dei finanziamenti ricevuti incide pesantemente sul tempo lavoro degli operatori coinvolti a vario titolo nel progetto.

Le criticità descritte ai punti 1 e 2 sono state evidenziate da Regione Toscana ai referenti del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, al fine di agevolare percorsi che ne favoriscano uno sviluppo positivo, mettendo anche a disposizione l'esperienza maturata.

Altre risorse

Come è noto, il Piano povertà 2021-2023² individua le azioni e gli interventi prioritari nell'ambito della lotta alla povertà, nell'ottica della progressiva definizione di livelli essenziali delle prestazioni da garantire su tutto il territorio nazionale in ambito sociale.

Il Piano costituisce l'atto di programmazione nazionale delle risorse afferenti alla Quota servizi del Fondo povertà definendo altresì le priorità per l'utilizzo delle risorse del Fondo dedicate agli interventi e servizi in favore di persone in condizione di povertà estrema e senza dimora (di cui quote riservate a *Housing first*, servizi di posta e residenza virtuale, pronto intervento sociale).

La Quota senza dimora del Fondo povertà per la Toscana ammonta a 775.600 euro per ogni annualità 2021-2023 ed è destinata agli Ambiti dei comuni capoluogo (Firenze esclusa perché destinataria di una quota riservata come città metropolitana) più Versilia e Empolese-Valdelsa-Valdarno. Di questi, 193.900 euro sono da impiegare per il pronto intervento sociale, 96.950 euro per *Housing first* e 96.950 euro per servizi di posta e residenza virtuale.

In particolare gli obiettivi inseriti nell'atto regionale per gli interventi ed i servizi di contrasto alla povertà sono:

- Leps accesso alla residenza anagrafica: lavoro integrato con gli uffici dell'anagrafe; collaborazione con enti del Terzo settore, centri servizi povertà e segretariato sociale per rendere effettivo il diritto;
- Leps pronto intervento sociale: allargamento progressivo del Servizio emergenza urgenza sociale a tutti i territori;
- *Housing first*: sviluppo del sistema *Housing first* e *Housing led*, con l'obiettivo di favorire percorsi di autonomia e rafforzamento delle risorse personali;
- Centri servizi per il contrasto alla povertà: costituzione dei centri servizi in ciascuna zona in cui sia presente almeno un comune con oltre 75mila abitanti e/o delle reti di presa in carico integrata; favorire l'integrazione con altri servizi, con particolare riferimento ai servizi sanitari.

² Per maggiori dettagli, cfr. Infra: *Il Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2021-2023*

Agli stessi obiettivi concorrono anche ulteriori risorse oltre a quelle previste dalla Quota senza dimora:

- Leps accesso alla residenza anagrafica: avviso pubblico 1/2021 Prins – Progetti intervento sociale, Interventi B Servizi accessori per sostenere l’accesso alla residenza anagrafica; si allaccia inoltre all’ottenimento dell’iscrizione al servizio sanitario per poter accedere alle prestazioni;
- Leps pronto intervento sociale: avviso pubblico 1/2021 Prins – Progetti intervento sociale, Intervento A pronto intervento sociale;
- *Housing first*: misure collegate al Pnrr Missione 5 Sottocomponente 2 Investimento 1.3. Sub investimento 1.3.1, avviso pubblico 1/2021 Prins - Progetti intervento sociale Intervento C;
- Centri servizi per il contrasto alla povertà: misure collegate al Pnrr Missione 5 Sottocomponente 2 Investimento 1.3. Sub investimento 1.3.2, avviso pubblico 1/2021 Prins - Progetti intervento sociale Intervento C.

L’avviso 1/2021 Prins (la cui scadenza definitiva – prorogata più volte - è stata definita al 30 settembre 2022) ha destinato una somma complessiva di 4.972.000 euro agli Ambiti della Toscana per interventi di pronto intervento sociale e interventi a favore delle persone senza dimora o in situazione di povertà estrema o marginalità. I servizi di cui agli Interventi B e C non sono alternativi a quelli di analogo contenuto finanziati dal Pnrr, fermo restando la non cumulabilità delle spese nell’ambito dello stesso progetto e la diversa natura del finanziamento. Per quanto riguarda le misure relative a Pnrr Missione 5 Sottocomponente 2³ Investimento 1.3 gli Ambiti territoriali della Toscana hanno presentato sul Sub investimento 1.3.1 povertà estrema *Housing first* 20 progetti per un totale di 14.050.00 euro e sul Sub investimento 1.3.2 povertà estrema centri servizi 20 progetti per un totale di 19.755.000 euro.

³ Per maggiori dettagli, cfr. Infra: *I finanziamenti intercettati dai Comuni e dagli Ats toscani*

Diritti e opportunità per infanzia, adolescenza e famiglie

S. Brunori (Regione Toscana) e I. Candeago (Istituto degli Innocenti)

Il quadro normativo nazionale, a partire dalle Linee di indirizzo nazionali¹ e fino al Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023, che contiene al suo interno il Piano sociale nazionale 2021-2023 e il Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2021-2023, esiti di un grande lavoro di concertazione con i diversi livelli di governo territoriale e del Terzo settore, ribadiscono la continuità degli interventi previsti dal quinto Piano nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, in linea con le indicazioni definite in sede di raccomandazione istitutiva della garanzia infanzia (*childs guarantee*), confermando l'obiettivo del superamento dell'eterogeneità territoriale e la garanzia di medesimi livelli essenziali di prestazione su tutto il territorio.

La rinnovata integrazione dei meccanismi di governance a livello nazionale corrisponde ad una spinta verso la centralità degli ambiti territoriali con una necessaria funzione di programmazione unitaria e coordinamento. 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 co-progettazione e co-programmazione 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 diverse politiche di inclusione, di integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale, di educazione, lavoro e giustizia devono e possono agire in maniera coordinata.

Le politiche di Regione Toscana in materia di infanzia, adolescenza e famiglie si sono nel 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 è perseguito il consolidamento e lo sviluppo del sistema regionale di promozione, prevenzione e protezione dell'infanzia e dell'adolescenza attraverso percorsi specifici ma integrati:

- 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'uniformità delle pratiche di intervento

¹ *Linee di indirizzo per l'affidamento familiare*, di cui all'accordo in Conferenza unificata del 25 ottobre 2012, *Linee di indirizzo per l'accoglienza nei servizi residenziali per minorenni*, di cui all'accordo in Conferenza unificata del 14 dicembre 2017; *Linee di indirizzo sull'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità*, di cui all'accordo in Conferenza unificata, del 21 dicembre 2017; *Linee guida per la partecipazione di bambine e bambini e ragazze e ragazzi*, approvate dall'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza il 1 giugno 2022 e dalla Conferenza unificata il 6 luglio 2022.

nei confronti delle famiglie in situazione di vulnerabilità, per prevenire il rischio di maltrattamento e il conseguente allontanamento dei bambini dal nucleo familiare, che con l'approvazione del recente Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali è stato riconosciuto come livello essenziale delle prestazioni sociali (Leps) e supportato dalle risorse provenienti dalla Missione 5 del Pnrr;

- le progettualità integrate sostenute attraverso i fondi erogati dal Dipartimento politiche per la famiglia finalizzati, con le quali si promuovono interventi volti alla promozione di politiche di benessere familiare, della natalità e della genitorialità declinate nell'implementazione di un sistema di accesso e di presa in carico multidisciplinare, attraverso la costituzione di equipe territoriali e di centri per le famiglie, e allo sviluppo e diffusione omogenea sul territorio regionale di metodologie e prassi che prevedano una sempre maggiore integrazione e coinvolgimento della collettività;
- le progettualità legate alla sperimentazione del programma nazionale “*Care leavers*”, per l'accompagnamento all'autonomia dei neomaggiorenni in uscita da interventi di tutela a seguito di un provvedimento dell'autorità giudiziaria, quale 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 anche oltre il compimento dei 21 anni d'età, e prevenendo le condizioni di povertà ed esclusione sociale, nel quadro delle misure nazionali e regionali in essere;
- il sostegno ai 4 Centri adozione di Area vasta nella loro azione informativa, formativa e di accompagnamento insieme agli enti autorizzati, e lo sviluppo delle attività e azioni dei Centri affidò presenti su tutto il territorio regionale.

Massima è stata la collaborazione con le strutture regionali della Protezione civile, con il Tribunale per i minorenni, i comuni, le Zone-distretto, le Società della salute (Sds) e gli enti del Terzo settore, in relazione all'emergenza dovuta all'arrivo dei profughi ucraini, famiglie con minori e minori non accompagnati, con funzioni di collegamento e di supporto tecnico. È inoltre in corso di realizzazione un progetto finanziato dal Ministero della giustizia per attivare e sostenere percorsi di assistenza extra-carceraria predisposti per genitori detenuti con figli al seguito con cui Regione Toscana intende perseguire un'azione di sistema rispetto al tema della genitorialità detenuta, in collaborazione con enti del pubblico e del privato sociale, in un'ottica di sussidiarietà, con l'obiettivo di garantire i diritti delle bambine e dei bambini e intervenire per il mantenimento della positiva relazione con i genitori e il contesto sociale, favorendo il reinserimento sociale post detenzione.

In collaborazione con le Zone-distretto e le Sds, Regione Toscana ha garantito, da un lato, il raccordo fra le varie progettualità sostenendo e stimolando confronti e sinergie fra azioni e risorse ed interventi promossi dai diversi settori regionali, dall'altro, il raccordo con l'intero sistema territoriale di interventi e servizi sociali e socio-sanitari, 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, ed il passaggio, la tempestività e la circolarità delle informazioni tra tutti gli attori del sistema. È stata fornita assistenza tecnica alle Zone-distretto e Sds per le azioni da sviluppare nell'ambito del Pnrr Missione 5.

Sono stati sviluppati scambi, azioni e collaborazioni con gli enti del Terzo settore a vario titolo coinvolti nel campo della promozione e tutela dei diritti delle giovani generazioni.

La sopra menzionata collaborazione con i territori e con i diversi attori del sistema risulta indispensabile e sostenuta dalle indicazioni nazionali volte all'integrazione di molteplici strumenti programmatori che costituiscono una chiara cornice di riferimento all'interno della quale promuovere il coordinamento tra le diverse fonti e opportunità di finanziamento (di livello comunitario, nazionale e regionale) destinate alle Zone-distretto toscane, per incoraggiare la sinergia e l'integrazione tra di esse da parte degli ambiti territoriali e nell'ottica di favorire la sostenibilità e la coesione complessiva del sistema regionale e dei sistemi territoriali, anche grazie al vincolo di riservare una quota pari ad almeno il 50% del Fondo nazionale politiche sociali agli interventi per l'infanzia e l'adolescenza.

È stato inoltre sostenuto il coordinamento tra la rete di servizi territoriali sociali e sanitari e il loro coinvolgimento 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 particolare, coerentemente con le linee operative del Piano sanitario e sociale integrato regionale (Pssir) 2018/2020 approvate con la deliberazione di giunta regionale n. 273 del 2 marzo 2020, le azioni regionali hanno intensificato la propria funzione di indirizzo e accompagnamento ai servizi, dando continuità al lavoro di rete e alla relazione operativa con i referenti dei servizi pubblici e degli enti del Terzo settore impegnati in ambito minorile e familiare.

Sono proseguite le attività in collaborazione con l'Istituto degli Innocenti di Firenze che attraverso il Centro regionale infanzia e adolescenza (legge regionale 31/2000) ha:

- collaborato all'annuale elaborazione dei profili di salute, schede e indicatori a supporto della programmazione di Zone-distretto e Società della salute e realizzato l'annuale rilevazione sulle adozioni in Toscana;
- effettuato l'annuale monitoraggio sulle strutture residenziali (Asso/Asmi), realizzando un'implementazione dei sistemi informativi regionali per rispondere da un lato ai debiti informativi Istat, per corrispondere alle proposte di miglioramento avanzate, nell'ambito della ormai consueta collaborazione con il Tribunale per i minorenni di Firenze e la Procura della repubblica presso il Tribunale per i minorenni, dagli organi giudiziari e per ampliare la rilevazione statistica delle strutture per minori ai servizi semiresidenziali in collaborazione con gli enti del Terzo settore impegnati in ambito minorile;
- avviato, grazie alla collaborazione con l'Ufficio scolastico regionale, una nuova edizione dell'indagine campionaria che coinvolge studenti compresi tra gli 11 e i 17 anni con

l'obiettivo di approfondire i cambiamenti di percezione rispetto agli stili di vita in ambiti quali la famiglia, la scuola e il contesto amicale;

- partecipato e animato la comunità di pratica che, nata nel 2020 con un focus sulle misure di contrasto alla povertà, ha allargato nel 2021 e nel 2022 il campo di interesse a politiche e interventi di inclusione sociale e lavorativa delle famiglie in situazione di vulnerabilità, con l'obiettivo di supportare e sostenere le Zone-distretto nel percorso di definizione di alcuni dei requisiti organizzativi e amministrativi necessari affinché i percorsi di valutazione e di presa in carico integrata delle famiglie fragili possano diventare unità operative e funzionali, attive a livello di ogni Zona-distretto;
- 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 e sulla genitorialità adottiva, di utilizzo di strumenti innovativi per le prassi professionali come le "Carte della partecipazione";
- avviato azioni di accompagnamento e supporto alle Zone-distretto e Sds per le attività di programmazione e sviluppo di azioni ed interventi innovativi sui territori.

Per quanto riguarda le attività di comunicazione, Regione Toscana, attraverso il sito 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 minori 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;
- documentare e diffondere le soluzioni innovative, le misure rimodulate in seguito all'emergenza Covid-19, le buone prassi e le informazioni circa l'organizzazione del sistema di servizi di prevenzione, promozione e protezione nelle Zone-distretto e Sds.

Il nuovo Piano nazionale per la non autosufficienza 2022-2024

N. Caruso (Regione Toscana), M. Betti e L. Caterino (Federsanità Anci Toscana)

L'Italia è, tra i Paesi dell'Unione europea, quello destinato a registrare i maggiori tassi di invecchiamento della popolazione: l'Istat certifica che la quota di popolazione con oltre 65 anni di età rappresenta circa il 23% del totale ed è destinata a crescere sino al 33%, tra il 2040 e il 2060. Nella fascia di età anziana si concentrano le principali criticità legate alla non autosufficienza: 3,8 milioni di soggetti con difficoltà motorie gravi e/o compromissioni dell'autonomia nello svolgere le normali attività della vita quotidiana; 1 milione di anziani con bisogno di assistenza o ausili perché non autonomi nella cura della propria persona (6,9% degli anziani over 65); 32,3% di popolazione over 65 con gravi patologie croniche e multimorbilità, quota che sale al 47,7% tra gli over 85.

Nonostante il quadro delineato, il nostro Paese ha accumulato un ritardo sia dal punto di vista normativo sia dal punto di vista degli strumenti di sostegno alla non autosufficienza, mantenendo il peso e l'impegno, in maniera preponderante, sulle famiglie.

La legge di Bilancio 2021 prima e il Pnrr poi, attraverso le risorse e lo stimolo all'approvazione di una legge delega, hanno dato uno stimolo al rilancio delle politiche e degli strumenti per questo ambito, finalmente accompagnati da un quadro di risorse crescenti, necessarie per il rafforzamento degli interventi, in particolar modo di quelli legati alla domiciliarità.

In attesa dell'approvazione della legge di riforma della non autosufficienza, prevista entro marzo 2023, a settembre 2022 è stata approvata dal Ministro del lavoro e delle politiche sociali la proposta di decreto del presidente del Consiglio dei ministri che adotta il nuovo Piano nazionale per la non autosufficienza (Pnna), relativo al triennio 2022-2024, stanziando complessivamente oltre 2,6 miliardi di euro. Il Piano definisce gli interventi finalizzati alla graduale attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (Leps), da garantire su tutto il territorio nazionale.

Il Pnna prende le mosse dal quadro di intervento prefigurato dai commi 159-171 della legge di Bilancio n. 234 del 2021, che delinea azioni legate all'attuazione dei Leps di erogazione, da un lato, con il passaggio graduale dai trasferimenti monetari all'erogazione di servizi diretti o indiretti e, dall'altro, con la costituzione di sistemi di servizi integrati presso le Case della comunità previste dal Pnrr. All'interno di queste strutture, attraverso l'utilizzo di risorse – umane e strumentali – del servizio sanitario nazionale e degli Ambiti territoriali sociali (Ats), dovrà essere garantito l'accesso ai servizi sociali e ai servizi socio-sanitari attraverso Punti unici di accesso (Pua).

Il Piano nazionale per la non autosufficienza: caratteristiche, risorse e organizzazione

Il Pnna si fonda su un criterio di universalità e di prossimità alle persone e alle comunità territoriali, favorendo, con la necessaria progressività, il consolidamento dei Leps su tutto il

territorio nazionale e il percorso di integrazione tra i sistemi sociale e sanitario. Di conseguenza, un'intera strategia di intervento è dedicata all'attuazione di un Leps integrato di processo, da un lato, per garantire la costituzione di sistemi di servizi integrati negli ambiti territoriali secondo il quadro complesso dei bisogni espressi dagli individui e dalle comunità e, dall'altro, per sviluppare e consolidare il necessario percorso assistenziale integrato.

Nello specifico, le risorse afferenti al Fondo per le non autosufficienze ammontano a:

- 822 milioni di euro per il 2022 (55,3 milioni per la Toscana);
- 865,3 milioni di euro per il 2023 (56,2 milioni per la Toscana);
- 913,6 milioni di euro per il 2024 (59,6 milioni per la Toscana).

All'interno del Fondo sono finanziate azioni volte alla realizzazione dei progetti previsti dalle Linee di indirizzo per i progetti di vita indipendente, sulla base della programmazione regionale, per 183 Ambiti coinvolti e un ammontare complessivo di risorse a livello nazionale pari a più di 14,6 milioni di euro per ciascun anno del triennio 2022-2024. Per la Toscana sono a questo scopo previsti 880mila euro per ciascuna delle annualità 2022-2024, a copertura degli 11 Ats finanziabili.

Sempre all'interno del Fondo, ai fini del rafforzamento dei Pua, sono riservati 20 milioni per il 2022 e 50 milioni di euro per ciascun anno del biennio 2023-2024, da destinare alle assunzioni di personale con professionalità sociale presso gli Ats.

Per questa finalità, alla Toscana sono destinati 1,4 milioni di euro nel 2022 per l'assunzione di 35 unità di personale e 2,5 milioni di euro per ciascuna annualità del biennio 2023-2024, che consentiranno l'assunzione di 63 unità l'anno.

Sulla base delle indicazioni programmatiche del Piano nazionale, le regioni dovranno adottare un Piano regionale per la non autosufficienza, atto di programmazione regionale degli interventi e dei servizi necessari per l'attuazione del Piano nazionale, a valere sulle risorse definite all'interno del Piano nazionale, eventualmente integrate con risorse proprie.

In particolare, il Piano regionale dovrà individuare su base triennale gli specifici interventi e servizi sociali per la non autosufficienza finanziabili a valere sulle risorse del Fondo per le non autosufficienze, andando a definire:

- a. il quadro di contesto e le modalità di attuazione dell'integrazione sociosanitaria;
- b. le modalità di individuazione dei beneficiari;
- c. la descrizione degli interventi e dei servizi programmati, e, in particolare, le caratteristiche dei servizi socio-assistenziali volti a promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio delle persone anziane non autosufficienti, comprese le nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane nelle aree indicate dall'articolo 1, comma 162, lettere a), b) e c) della legge n. 234 del 2021, nonché le altre forme di intervento di cui al comma 164 del medesimo articolo;
- d. la programmazione delle risorse finanziarie;
- e. le modalità di monitoraggio degli interventi;

- f. le risorse e gli ambiti territoriali coinvolti nell'implementazione delle Linee di indirizzo per i progetti di vita indipendente.

Focalizzando l'attenzione sui Leps, come abbiamo visto, il Pnna definisce contenuti, obiettivi e modalità di utilizzo delle risorse del Fondo nazionale per la non autosufficienza. Tale fondo, insieme ai piani del sociale e della povertà, basa la propria programmazione sui livelli essenziali di assistenza sociale, portando così a compimento l'attivazione di questi istituti, iniziata con la legge 33/2017 e il Dlgs 147/2017 e richiamata nei commi 159-171 della legge 234/2021 (legge di Bilancio 2022).

Il riferimento alla legge di Bilancio consente anche di legare il Pnna 2022-2024 con la Missione 5 Componente 2 del Pnrr. In particolare, nei commi vengono anticipate alcune riforme relative sia all'integrazione per la non autosufficienza e la disabilità, sia alla strutturazione e al rafforzamento degli Ambiti territoriali sociali.

Come vedremo più avanti, il Piano definisce quindi un insieme di Leps di erogazione (ovvero interventi per persone con non autosufficienze e con gravissime disabilità) a cui lega direttamente quote del Fondo nazionale dedicato. È inoltre presente un Leps di processo, che interviene sul percorso di presa in carico, sulla valutazione multidimensionale e sulla costruzione del piano assistenziale personalizzato.

Nel dettaglio, i commi 162 e 164 della legge 234/2021 sono oggetto delle azioni legate all'attuazione dei Leps di erogazione, e in particolare sul passaggio graduale dai trasferimenti monetari all'erogazione di servizi diretti o indiretti; mentre il comma 163 è oggetto delle azioni legate all'attuazione di un Leps di processo, sostenuto da un accordo interistituzionale allegato al Piano.

Nel contempo, al fine di sostenere i principi di universalità di prossimità, tanto alle persone quanto alle comunità territoriali, è stato predisposto il consolidamento dei Leps su tutto il territorio nazionale e il percorso di integrazione tra i sistemi sociale e sanitario.

L'Ambito territoriale, individuato dalle Regioni ai sensi della legge 328/2000, rappresenta la sede principale della programmazione locale, concertazione e coordinamento degli interventi dei servizi sociali e delle altre prestazioni integrate, attive a livello locale. Tali ambiti, al fine di garantire la programmazione, il coordinamento e la realizzazione dell'offerta integrata sul territorio, nonché di concorrere alla piena attuazione degli interventi previsti dal Pnrr, sono chiamati a realizzare i Leps. Il quadro normativo e programmatico riconosce quindi agli Ats una funzione e un ruolo primario non solo nell'attuazione operativa, ma anche nelle funzioni di governance e amministrazione.

Infine, per quanto concerne la matrice di programmazione (tabella 6), il Pnna definisce il rapporto tra 3 programmi operativi e due gruppi di beneficiari. I 3 programmi operativi riguardano:

- a. i Leps di erogazione, riferiti ai contenuti del comma 162 lettere a, b, c e del comma 164;
- b. i Leps di processo, riferiti ai contenuti del comma 163;
- c. le azioni di rafforzamento, riferite a contenuti del comma 166 della legge di Bilancio 234/2021.

I due gruppi di destinatari riguardano invece:

- a. le persone con non autosufficienza;
- b. le persone con disabilità.

Tabella 6. Matrice di programmazione del Piano nazionale non autosufficienza 2022-2024 Pnna 2022-2024

Pnna 2022-2024 Matrice di programmazione		Persone anziane non autosufficienti (65+ anni)		Persone con disabilità	
		Alto bisogno assistenziale	Basso bisogno assistenziale	Gravissime	Gravi
Leps di erogazione (o obiettivi di servizio per le persone con disabilità)	Assistenza domiciliare sociale	L.234/2021 comma 162 lettera a)			
	Assistenza sociale integrata con i servizi sanitari				
	Servizi sociali di sollievo	L.234/2021 comma 162 lettera b)			
	Servizi sociali di supporto	L.234/2021 comma 162 lettera c)			
	Contributi	L.234/2021 comma 164			
Leps di processo (o obiettivi di servizio per le persone con disabilità)	Percorso assistenziale integrato	L.234/2021 comma 163	Accesso		
			Prima valutazione		
			Valutazione complessa		
			PAI		
			Monitoraggio		
Azioni di supporto	Capacitazione Ats	L.234/2021 comma 166			
	Attività di formazione	L.234/2021 comma 166			

Il Pnna rappresenta un piano di transizione, ponendosi tra la programmazione precedente, che iniziava a basarsi sull'attuazione dei Leps, e quella futura, che mira alla costruzione di sistemi di servizi integrati all'interno degli ambiti territoriali.

Per favorire questa transizione, il piano definisce una struttura chiara e sistematica. Da un lato, sono previsti Leps di erogazione, a cui sono direttamente collegate le risorse del Fondo nazionale e, dall'altro, un Leps di processo, collegato a un accordo istituzionale di ambito territoriale. Così, sebbene quella attuale rappresenti ancora una fase di passaggio, il percorso di transizione indicato mostra la direzione verso cui tendere: quella della definizione di un Piano nazionale di settore, pensato con una logica multilivello all'interno di una prospettiva di integrazione socio-sanitaria.

Nonostante ciò permangono alcune criticità. Tra queste, la principale chiama in causa la necessità di strutturare e rendere stabile la relazione tra Leps e Lea, dato che il Pnna può intervenire soltanto su una porzione dell'integrazione, verticale e orizzontale.

SEZIONE II

Inclusione sociale, salute e Piano nazionale di ripresa e resilienza: quali azioni per il futuro

Pnrr – Missione 5

Pnrr – Missione 5 Inclusione e coesione

S. Madrigali, C. Corezzi (Regione Toscana), M. Betti, L. Caterino (Federsanità Anci 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.

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.

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.

In questa sede ci concentreremo sulla Sottocomponente Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale, la quale 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.

Gli investimenti e le linee di attività

I tre investimenti della componente M5C2 del Piano si compongono di 7 linee di attività, rispetto alle quali i comuni e gli Ambiti territoriali sociali (Ats) sono stati chiamati a progettare interventi rivolti alle persone più fragili, con particolare riferimento alle famiglie, alle persone con disabilità, agli anziani non autosufficienti e alle persone in condizione di estrema marginalità.

L'Investimento 1.1 - Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti - è diretto al rafforzamento del ruolo dei servizi sociali territoriali, alla definizione di modelli di cura personalizzati per le famiglie, le persone di minore età, gli adolescenti e gli anziani, nella loro dimensione individuale, familiare e sociale per assicurare il recupero della massima autonomia di vita. Quattro sono le linee di attività presenti all'interno dell'Investimento, con risorse complessive pari a 500 milioni di euro:

1. Sostegno alle capacità genitoriali e prevenzione della vulnerabilità delle famiglie e dei bambini. L'obiettivo è quello di rafforzare i servizi di assistenza sociale per sostenere la capacità genitoriale e i bambini e le famiglie che vivono in condizione di fragilità e vulnerabilità. Con l'attivazione di azioni di supporto domiciliare rivolte ai genitori, al fine di ridurre o evitare il rischio di allontanamento dei bambini e adolescenti dal proprio nucleo familiare, sarà garantita una connessione più forte tra il sistema socioassistenziale, sanitario e educativo. Ciò attraverso la predisposizione di progetti individualizzati, elaborati insieme alle famiglie.
2. Autonomia degli anziani non autosufficienti. L'obiettivo è quello di prevenire l'istituzionalizzazione attraverso strutture alloggiative e dotazioni strumentali innovative

che consentano agli anziani di conseguire e mantenere una vita autonoma e indipendente, con la garanzia di servizi accessori, in particolare, legati alla domiciliarità, che assicurino la continuità dell'assistenza, secondo un modello di presa in carico sociosanitaria. Gli ambiti territoriali potranno creare reti che servano gruppi di appartamenti non integrati in una struttura, assicurando loro i servizi necessari alla permanenza in sicurezza della persona anziana sul proprio territorio, a partire dai servizi domiciliari. In alternativa gli Ats potranno proporre la progressiva riqualificazione di strutture residenziali pubbliche in gruppi di appartamenti autonomi, dotati delle attrezzature necessarie e dei servizi attualmente presenti nel contesto istituzionalizzato. Elementi di domotica, telemedicina e monitoraggio a distanza permetteranno di aumentare l'efficacia dell'intervento.

3. Rafforzamento dei servizi sociali a sostegno della domiciliarità. La presente linea di attività, da realizzarsi seguendo le indicazioni del Piano sociale nazionale (cap. 2, scheda Leps 2.7.3), ha come obiettivo primario la costituzione di equipe professionali, con formazione specifica, per migliorare la diffusione dei servizi sociali su tutto il territorio e favorire la deistituzionalizzazione e il rientro a domicilio dagli ospedali, in virtù della disponibilità di servizi e strutture per l'assistenza domiciliare integrata. Sono azioni che anticipano l'adozione della legge quadro sugli interventi in favore degli anziani non autosufficienti, con specifico riferimento ai progetti di rafforzamento dell'assistenza domiciliare per le dimissioni protette, di deistituzionalizzazione, di riconversione di case di riposo.
4. Rafforzamento dei servizi sociali e prevenzione del fenomeno dei burnout tra gli operatori sociali. Il tipo di ruolo svolto dal personale dei servizi sociali, la natura dei servizi offerti e l'elevato numero di interventi complessi da gestire possono causare alti livelli di stress tra gli operatori. Al fine di garantire elevati standard di qualità dei servizi, secondo le indicazioni del Piano sociale nazionale (cap. 2, scheda Leps 2.7.2) sono implementati progetti e attività di sostegno e supervisione degli operatori sociali, per rafforzarne la professionalità e favorire la condivisione delle competenze.

L'Investimento 1.2 - Percorsi di autonomia per persone con disabilità – persegue l'obiettivo di accelerare il processo di deistituzionalizzazione delle persone con disabilità al fine di migliorare la loro autonomia e offrire opportunità di accesso nel mondo del lavoro, anche attraverso la tecnologia informatica. Si prevede di attuare progetti di servizi, coerenti con le misure già in essere afferenti al Fondo per il dopo di noi e al Fondo nazionale per la non autosufficienza: il progetto espande su tutto il territorio nazionale il percorso già individuato con le sperimentazioni, avviate nell'ambito delle *Linee guida sulla vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità*, elaborate nel 2018 dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali, e sulle quali si sono basati sia i progetti di vita indipendente, finanziati dal Fondo nazionale per la non autosufficienza, sia i progetti per il dopo di noi (legge 112/2016), finanziati dal Fondo dopo di noi nella prospettiva di definizione di tali progettualità come Leps nazionali. L'implementazione del progetto individualizzato potrà essere progettata o realizzata anche con attraverso gli enti del Terzo settore. Le risorse complessive a disposizione sono pari a 500,5 milioni di euro.

Le proposte progettuali inserite all'interno di questo Investimento devono essere strutturate legando tre linee di attività tra loro conseguenti.

1. Definizione e attivazione del progetto individualizzato. Il progetto individualizzato è il punto di partenza per la definizione degli interventi per l'autonomia delle persone con disabilità, viene costruito sulla base di una valutazione multidimensionale e interdisciplinare, che prevede il coinvolgimento di professionalità diverse (assistenti sociali, medici, psicologi, educatori, ecc.) e sulla base dei bisogni della persona con disabilità.
2. Abitazione. Adattamento degli spazi, domotica e assistenza a distanza: mediante il reperimento e adattamento di spazi esistenti, si prevede la realizzazione di abitazioni in cui potranno vivere gruppi di persone con disabilità. Ogni abitazione sarà personalizzata, dotandola di strumenti e tecnologie di domotica e interazione a distanza, in base alle necessità di ciascun partecipante.
3. Lavoro. Sviluppo delle competenze digitali per le persone con disabilità coinvolte nel progetto e lavoro a distanza: attraverso i dispositivi di assistenza domiciliare e le tecnologie per il lavoro a distanza, si intende promuovere le azioni progettuali volte a sostenere l'accesso delle persone con disabilità nel mercato del lavoro. Si ritiene necessario, perciò, investire anche sulla formazione nel settore delle competenze digitali, per assicurare la loro occupazione, anche in modalità smart working.

L'Investimento 1.3 - *Housing* temporaneo e stazioni di posta - è finalizzato a rafforzare i sistemi territoriali di presa in carico delle persone senza dimora o in povertà estrema attraverso due distinte linee di attività e 450 milioni di euro a disposizione.

1. *Housing first*. Si tratta di un'assistenza alloggiativa temporanea, ma di ampio respiro, fino a 24 mesi, tendenzialmente in appartamenti raccolti in piccoli gruppi sul territorio, destinati a singoli o piccoli gruppi di individui, ovvero a nuclei familiari in difficoltà estrema che non possono immediatamente accedere all'edilizia residenziale pubblica e che necessitano di una presa in carico continuativa. 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).
2. Stazioni di posta. Centri servizi per il contrasto alla povertà aperti alla cittadinanza, di non grandi dimensioni. Al loro interno potrà svolgersi una limitata accoglienza notturna, attività di presidio sociale e sanitario, ristorazione, distribuzione della posta per i residenti presso l'indirizzo fittizio comunale, mediazione culturale, counseling,

orientamento al lavoro, consulenza legale, distribuzione di beni in riuso, banca del tempo, ecc. Rappresenteranno un luogo sicuro, integrato con i centri di accoglienza e con le mense sociali, dove offrire servizi per il contrasto della povertà. Potranno vedere l'attivo coinvolgimento delle organizzazioni di volontariato, a rafforzamento dei servizi offerti, il collegamento con le Asl e i servizi per l'impiego, anche per la realizzazione di tirocini formativi.

Le riforme per la disabilità e la non autosufficienza

Il Pnrr, oltre a finanziamenti e interventi puntuali relativi ad azioni specifiche negli delle diverse Missioni, reca una serie di riforme (orizzontali, abilitanti o settoriali) che accompagnano gli investimenti per introdurre regimi regolatori e procedurali più efficienti nei rispettivi ambiti. Nell'ambito della Missione 5 Componente 2 - Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo settore – il Piano individua due riforme settoriali che andranno ad accompagnare gli investimenti: la legge quadro per le disabilità e il sistema di interventi in favore degli anziani non autosufficienti.

La prima riforma, quella per le disabilità, è stata varata attraverso la legge delega 22 dicembre 2021 n. 227, Delega al governo in materia di disabilità. La finalità perseguita è quella di garantire alla persona con disabilità il riconoscimento della propria condizione, mediante una valutazione congruente della stessa, trasparente ed agevole, tale da consentire il pieno esercizio dei suoi diritti civili e sociali, ivi inclusi i diritti alla vita indipendente e alla piena inclusione sociale e lavorativa, nonché l'effettivo e pieno accesso al sistema dei servizi, delle prestazioni, dei trasferimenti finanziari previsti e di ogni altra relativa agevolazione, per promuovere l'autonomia della persona con disabilità e il suo vivere su base di pari opportunità con gli altri, nel rispetto dei principi di autodeterminazione e di non discriminazione.

L'articolo 2 della legge reca i principi e i criteri direttivi ai quali dovrà attenersi il governo nell'esercizio della delega. Vengono individuati sette ambiti, all'interno di ciascuno dei quali sono previsti specifici principi e criteri direttivi, riguardanti:

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

Per quanto riguarda l'ambito della non autosufficienza, si propone di riformare i servizi sociali a favore degli anziani non autosufficienti e di migliorare le loro condizioni di vita, attraverso

l'introduzione di un sistema organico di interventi e la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni da garantire nei confronti degli anziani in condizione di non autosufficienza, questi ultimi anticipati dalla legge di Bilancio 2022 (legge n. 234 del 30 dicembre 2021), all'art. 1, commi 159-171.

I principi fondamentali della riforma, che dovrà essere adottata – secondo i tempi previsti dal Pnrr – nella prima parte del 2023 sono:

- semplificazione dell'accesso all'assistenza socio-sanitaria mediante Punti unici di accesso;
- definizione di modalità di riconoscimento della non autosufficienza basate sul bisogno assistenziale;
- valutazione multidimensionale dei bisogni degli anziani;
- definizione di un progetto individualizzato che identifichi e finanzia i sostegni necessari in maniera integrata, favorendo la permanenza a domicilio nell'ottica della deistituzionalizzazione;
- potenziamento delle infrastrutture tecnologiche per il sistema informativo della non autosufficienza.

La riforma si colloca all'interno di una ampia strategia di interventi a favore degli anziani che comprende, tra le altre, le misure della Missione 6 (Salute) per il rafforzamento dei servizi sanitari di prossimità e l'assistenza domiciliare, oltre che l'Investimento Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione incluso nella Componente 2 della Missione 5.

Il percorso di presentazione dei progetti e il supporto agli Ambiti

Il 28 luglio 2021 il Ministero ha istituito nell'ambito della Rete della protezione e inclusione sociale – di cui al Dlgs n. 147/2017 – un gruppo tecnico con finalità di raccordo e coordinamento tra autorità centrale, regioni e comuni, per l'elaborazione del piano operativo per la presentazione di proposte di adesione agli interventi M5C2 investimenti 1.1, 1.2 e 1.3, denominato cabina di regia Pnrr (alla quale partecipa anche Regione Toscana).

Il 16 novembre 2021 alla cabina di regia sono stati illustrati i contenuti di una bozza di piano operativo, mentre nella seduta del 1° dicembre 2021 è stato discusso il piano operativo per la presentazione delle proposte di adesione alle progettualità per l'implementazione degli Investimenti, approvato con decreto direttoriale 450 del 9 dicembre 2021 e implementato successivamente a gennaio 2022, dopo una ulteriore seduta della cabina di regia tenutasi il 25 gennaio 2022.

Il piano operativo ha previsto che gli investimenti vengano implementati dagli Ambiti territoriali sociali (Ats), quali soggetti attuatori, attraverso manifestazioni di interesse e bandi a loro rivolti. Sia ai fini della manifestazione di interesse sia ai fini della partecipazione ai bandi, laddove un Ats non avesse richiesto di partecipare ad una linea di attività, un Comune che facesse parte di tale Ambito poteva partecipare in proprio.

In questo percorso, le Regioni e Province autonome esercitano una funzione di coordinamento della partecipazione degli Ats che insistono sul proprio territorio, oltre a diffondere le informazioni relative.

Regione Toscana, insieme a Federsanità Anci Toscana, ha organizzato un primo webinar il 14 gennaio 2022 volto sia a dare conto della struttura e dei contenuti del piano operativo sia a dare sostegno e a coordinare lo sviluppo delle progettualità delle singole zone, anche nell'interlocuzione con la struttura tecnica della competente direzione generale del Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

Come previsto dal piano operativo, le Regioni e Province autonome hanno avuto in particolare il compito di raccogliere manifestazioni di interesse, non vincolanti, a presentare progetti da parte degli Ats.

Regione Toscana ha predisposto un format specifico per la raccolta, inviando una nota esplicativa agli Ats comprensiva del numero massimo di progetti presentabili su ciascun investimento e le risorse complessivamente a disposizione per la Toscana, riportate in tabella 7.

Tabella 7. Le 7 linee d'azione della M5C2. Numero massimo di progetti e risorse per gli Ats toscani

Attività	Numero massimo progetti	Budget in euro
1.1.1 Sostegno alle capacità genitoriali e prevenzione della vulnerabilità delle famiglie e dei bambini	20	4.230.000
1.1.2 Autonomia degli anziani non autosufficienti	8	19.680.000
1.1.3 Rafforzamento dei servizi sociali domiciliari per garantire la dimissione anticipata assistita e prevenire l'ospedalizzazione	13	4.290.000
1.1.4 Rafforzamento dei servizi sociali e prevenzione del fenomeno del burnout tra gli operatori	13	2.730.000
1.2 percorsi di autonomia persone con disabilità	43	30.745.000
1.3.1 povertà estrema. <i>Housing first</i>	20	14.200.000
1.3.2 povertà estrema. Centri servizi	20	21.800.000
Totale		97.675.000

Lo schema complessivo delle manifestazioni di interesse presentate è stato trasmesso entro la scadenza (inizialmente 31 gennaio 2022 poi 7 febbraio 2022) al Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

Successivamente 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 Pnrr M5C2.

L'avviso intende favorire le attività di inclusione sociale di determinate categorie di soggetti fragili e vulnerabili come famiglie e bambini, anziani non autosufficienti, disabili e persone senza dimora.

Nello specifico, la misura prevede interventi di:

- rafforzamento dei servizi a supporto delle famiglie in difficoltà;
- soluzioni alloggiative e dotazioni strumentali innovative rivolte alle persone anziane per garantire loro una vita autonoma e indipendente;
- servizi socio-assistenziali domiciliari per favorire la deistituzionalizzazione;
- forme di sostegno agli operatori sociali per contrastare il fenomeno del burnout;
- iniziative di *housing* sociale di carattere sia temporaneo sia definitivo.

I soggetti capofila degli Ats (come risultanti dall'anagrafica ambiti in Siuss) dovevano presentare la domanda di ammissione dal 1° marzo 2022 al 31 marzo 2022, scadenza prorogata poi al 1° aprile 2022.

Non si trattava di progettualità vere e proprie (la cui presentazione era prevista solo in una fase successiva), ma solo di indicazione della volontà a presentare progetti, eventualmente anche tra più Ats associati, indicando alcune informazioni di base. Le graduatorie sono state stabilite sulla base di alcuni criteri oggettivi generali (tra cui l'aver presentato manifestazione di interesse alla Regione) e altri specifici per intervento.

Nel mese di marzo si sono svolti diversi seminari o occasioni di incontro dedicati all'avviso:

- 1° marzo 2022 riunione periodica direttori Sds/Zone dedicata all'illustrazione dell'avviso;
- 3 marzo 2022 seminario organizzato da Anci nazionale;
- 17 marzo 2022 seminario organizzato da Regione Toscana e Federsanità Anci Toscana per illustrare la situazione ipotetica dei finanziamenti per zona sulla base dei criteri stabiliti dall'avviso e per fornire alcune indicazioni programmatiche su specifiche linee di intervento.

Con decreto direttoriale del 15 marzo 2022 sono state istituite le Commissioni di valutazione (ai sensi dell'articolo 11 dell'avviso 1/2022 di cui al decreto direttoriale n. 5 del 15 febbraio 2022), alle quali sono stati invitati a partecipare, con comunicazione del 22 marzo del direttore generale per la Lotta alla povertà e la programmazione sociale del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, i rappresentanti delle Regioni e delle Province autonome. Regione Toscana ha partecipato a tutte le sedute delle tre commissioni istituite (una per ciascuna linea).

Le commissioni hanno svolto i lavori di valutazione tra aprile ed inizio maggio, in modalità videoconferenza.

Con decreto direttoriale n. 98 del 9 maggio 2022 sono stati approvati gli elenchi degli Ambiti sociali territoriali ammessi al finanziamento.

Tutte le domande presentate dai territori toscani sono state accolte, tranne quella del Comune di Pontremoli in quanto l'Ats Apuane aveva già presentato una propria domanda (per i dettagli si veda il paragrafo successivo).

Il cronoprogramma originario contenuto nel piano operativo prevedeva il convenzionamento degli Ats già a partire dal mese di giugno, ma la predisposizione della piattaforma ha richiesto più tempo (è stata aperta solo a partire dal 14 luglio); pertanto nel frattempo sono state

pubblicate sulla pagina web dedicata all'avviso le schede progetto, con relativi piani finanziari e cronoprogrammi, suddivise per le diverse linee di finanziamento.

Tra maggio e luglio la cabina di regia Pnrr con la partecipazione di Regioni e Province autonome si è riunita più volte (26 maggio, 6 luglio, 18 luglio) e sono stati organizzati specifici webinar per ciascuna linea di intervento, nel corso dei quali il Ministero – con il supporto tecnico di Università di Padova per la linea 1.1.1, di Inapp per le linee 1.1.2 e 1.2, dell'Ordine nazionale degli Assistenti sociali per la linea 1.1.4 e di fio.Psd per le linee 1.3.1 e 1.3.2 – ha illustrato i contenuti progettuali e le relative schede ai beneficiari e ai referenti di Regioni e Province autonome.

Regione Toscana ha provveduto alla partecipazione e alla diffusione delle informazioni sui webinar e alla diffusione di slide e altri documenti.

La scadenza per la presentazione dei progetti era al 31 luglio per la linea 1.2 ed al 10 agosto per le linee 1.1.1, 1.1.2, 1.1.3 e 1.1.4. Per le linee 1.3.1 e 1.3.2 i progetti sono stati inseriti a partire dal 3 agosto e fino al 10 agosto.

La tempistica è dettata dalla necessità per la Linea di finanziamento 1.2 - Percorsi di autonomia per persone con disabilità di rispettare i traguardi e gli obiettivi definiti al mese di dicembre 2022 dal Pnrr così come approvato dalla Commissione europea, nonché dal piano operativo, anche al fine di consentire l'immediata stipula delle convenzioni. In tal senso, sono state sottoscritte prioritariamente singole convenzioni dedicate alla Linea di finanziamento 1.2, mentre si sta procedendo ancora (mese di ottobre 2022) alla disamina dei progetti delle altre linee di finanziamento per i quali le convenzioni saranno sottoscritte successivamente.

Durante il mese di agosto i gruppi ministeriali che hanno composto le Commissioni di valutazione hanno effettuato una verifica di coerenza e congruità dei contenuti progettuali (non si tratta di ammissibilità in quanto questa è stata già verificata dalle Commissioni). Regione Toscana sta monitorando il passaggio delle richieste di integrazione ai territori, che avviene tramite mail e piattaforma, e a veicolare le informazioni fornite in cabina di regia Pnrr. L'avviso 1/2022 è stato riaperto per le regioni che non avevano progetti idonei non finanziati in graduatoria (tra cui la Toscana) per permettere la presentazione di ulteriori progetti sulla Linea 1.2, in quanto alla chiusura delle procedure non risultava ancora raggiunto il target di 500 progetti in 500 Ats.

I finanziamenti intercettati dai Comuni e dagli Ats toscani

Così come descritto nel paragrafo precedente, gli Ats toscani hanno presentato le proprie candidature sulle diverse linee progettuali secondo le indicazioni del piano operativo, in forma singola o associata. La risposta dei territori, nei termini di capacità di andare a intercettare le risorse messe a disposizione, è stata efficace e superiore al numero di progetti destinati agli Ats della regione, tanto che su alcune linee di azione sono risultati idonei dei progetti che, pur non immediatamente ammissibili a finanziamento, potranno essere finanziati in un momento successivo, qualora residuassero risorse da tali Investimenti. Soltanto

all'interno dell'Investimento 1.2 Percorsi di autonomia per persone con disabilità (Progetto individualizzato, abitazione, lavoro) il numero di progetti presentati (37) risulta inferiore al numero di progetti massimi ammissibili (43); il decreto direttoriale 249 del 5 ottobre 2022 del Ministero del lavoro e delle politiche sociali ha quindi riaperto i termini per la presentazione di proposte da parte degli Ambiti, su quelle linee di azione che vedono una sottorappresentazione a livello regionale; tale casistica, per la Toscana, interessa soltanto i progetti dell'Investimento 1.2.

La copertura territoriale da parte dei singoli progetti viene altresì ampliata grazie alla scelta operata da alcuni Ats di associarsi ad altri Ambiti per la presentazione delle proposte progettuali, soprattutto dove il numero massimo di progetti finanziabili risultava essere inferiore al numero di Ats toscani (28).

Di seguito, per ogni linea di sub-investimento, sono riportati i progetti degli Ambiti toscani ammessi a finanziamento, più quelli risultati idonei, con i relativi importi (tabelle 8-14). Le attività, che prevedono sia una componente a finanziamento di investimenti, sia 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 8. Investimento 1.1 – Linea di sub-investimento 1.1.1 – Sostegno alle capacità genitoriali e prevenzione della vulnerabilità delle famiglie e dei bambini – Enti proponenti, esito e importo in euro

Ats	Ente proponente	Esito	Importo
Singolo	Comune di Firenze	Ammissibile a finanziamento	211.500
Singolo	Sds area Pratese	Ammissibile a finanziamento	211.500
Singolo	Sds Empolese, Valdarno, Valdelsa	Ammissibile a finanziamento	211.500
Singolo	Sds Fiorentina Nord-ovest	Ammissibile a finanziamento	211.500
Singolo	Sds zona Pisana	Ammissibile a finanziamento	211.500
Singolo	Sds Fiorentina Sud-est	Ammissibile a finanziamento	211.500
Singolo	Sds Pistoiese	Ammissibile a finanziamento	211.500
Singolo	Comune di Livorno	Ammissibile a finanziamento	211.500
Singolo	Sds Alta Val di Cecina - Valdera	Ammissibile a finanziamento	211.500
Singolo	Comune di Viareggio	Ammissibile a finanziamento	211.500
Singolo	Sds Senese	Ammissibile a finanziamento	211.500
Singolo	Comune di Arezzo	Ammissibile a finanziamento	211.500
Singolo	Comune di Carrara	Ammissibile a finanziamento	211.500
Singolo	Sds Valli etrusche	Ammissibile a finanziamento	211.500
Singolo	Sds della Valdinievole	Ammissibile a finanziamento	211.500

Singolo	Comune di Terranuova Bracciolini	Ammissibile a finanziamento	211.500
Singolo	Sds del Mugello	Ammissibile a finanziamento	211.500
Singolo	Sds della Lunigiana	Ammissibile a finanziamento	211.500
Singolo	Unione dei Comuni montani del Casentino	Ammissibile a finanziamento	211.500
Singolo	Unione montana dei Comuni della Valtiberina toscana	Ammissibile a finanziamento	211.500
Singolo	Comune di Lucca	Idoneo	211.500
Singolo	Sds Amiata senese e Valdorcia, Valdichiana senese	Idoneo	211.500

Tabella 9. Investimento 1.1 – Linea di sub-investimento 1.1.2. Autonomia degli anziani non autosufficienti – Enti proponenti, esito e importo in euro

Ats	Ente proponente	Esito	Importo
Associati	Sds Senese	Ammissibile a finanziamento	2.460.000
Associati	Sds Empolese, Valdarno, Valdelsa	Ammissibile a finanziamento	2.460.000
Singolo	Comune di Firenze	Ammissibile a finanziamento	2.460.000
Associati	Sds Fiorentina Sud-est	Ammissibile a finanziamento	2.460.000
Associati	Sds zona Pisana	Ammissibile a finanziamento	2.460.000
Associati	Sds Pistoiese	Ammissibile a finanziamento	2.460.000
Associati	Unione dei Comuni montani del Casentino	Ammissibile a finanziamento	2.460.000
Singolo	Comune di Livorno	Ammissibile a finanziamento	2.460.000
Associati	Comune di Lucca	Idoneo	2.460.000
Singolo	Comune di Viareggio	Idoneo	750.000
Singolo	Sds Valli etrusche	Idoneo	2.460.000
Singolo	Comune di Carrara	Idoneo	2.000.000
Singolo	Sds area Pratese	Idoneo	2.460.000
Singolo	Sds della Lunigiana	Idoneo	2.460.000
Singolo	Comune di Arezzo	Idoneo	2.460.000
Singolo	Comune di Cortona	Idoneo	2.214.000

Tabella 10. Investimento 1.1 – Linea di sub-investimento 1.1.3. Rafforzamento dei servizi sociali domiciliari per garantire la dimissione anticipata assistita e prevenire l'ospedalizzazione – Enti proponenti, esito e importo in euro

Ats	Ente proponente	Esito	Importo
Associati	Sds Alta val di Cecina - Valdera	Ammissibile a finanziamento	330.000
Singolo	Sds di Firenze	Ammissibile a finanziamento	330.000
Associati	Sds Senese	Ammissibile a finanziamento	330.000
Associati	Sds Fiorentina Sud-est	Ammissibile a finanziamento	330.000
Associati	Comune di Lucca	Ammissibile a finanziamento	330.000
Associati	Comune di Terranuova Bracciolini	Ammissibile a finanziamento	330.000
Singolo	Sds area Pratese	Ammissibile a finanziamento	330.000
Singolo	Sds Empolese, Valdarno, Valdelsa	Ammissibile a finanziamento	330.000
Singolo	Sds Fiorentina Nord-ovest	Ammissibile a finanziamento	330.000
Singolo	Comune di Livorno	Ammissibile a finanziamento	330.000
Singolo	Sds Pistoiese	Ammissibile a finanziamento	330.000
Singolo	Coeso - Sds delle zone Amiata grossetana, Colline metallifere e Grossetana	Ammissibile a finanziamento	330.000
Singolo	Comune di Viareggio	Ammissibile a finanziamento	330.000
Singolo	Comune di Carrara	Idoneo	330.000
Singolo	Sds Valli etrusche	Idoneo	330.000
Singolo	Sds della Valdinievole	Idoneo	330.000
Associati	Unione dei Comuni montani del Casentino	Idoneo	330.000
Singolo	Sds della Lunigiana	Idoneo	330.000
Singolo	Comune di Cortona	Idoneo	316.800

Tabella 11. Investimento 1.1 – Linea di sub-investimento 1.1.4. Rafforzamento dei servizi sociali e prevenzione del fenomeno del burn out tra gli operatori sociali – Enti proponenti, esito e importo in euro

Ats	Ente proponente	Esito	Importo
Associati	Sds del Mugello	Ammissibile a finanziamento	210.000
Singolo	Comune di Lucca	Ammissibile a finanziamento	210.000
Associati	Comune di Terranuova Bracciolini	Ammissibile a finanziamento	210.000
Associati	Sds della Valdinievole	Ammissibile a finanziamento	210.000

Associati	Sds Fiorentina Nord-ovest	Ammissibile a finanziamento	210.000
Singolo	Sds della Lunigiana	Ammissibile a finanziamento	210.000
Associati	Sds Alta Val d'Elsa	Ammissibile a finanziamento	210.000
Associati	Sds Alta val di Cecina - Valdera	Ammissibile a finanziamento	210.000
Singolo	Sds Valli etrusche	Ammissibile a finanziamento	210.000
Singolo	Comune di Viareggio	Ammissibile a finanziamento	210.000
Singolo	Comune di Arezzo	Ammissibile a finanziamento	210.000
Singolo	Comune di Livorno	Ammissibile a finanziamento	210.000
Singolo	Comune di Cortona	Ammissibile a finanziamento	210.000
Singolo	Sds area Pratese	Idoneo	210.000
Singolo	Comune di Carrara	Idoneo	210.000
Singolo	Azienda sanitaria locale Toscana Nord-Ovest	Idoneo	210.000
Singolo	Sds di Firenze	Idoneo	210.000

Tabella 12. Investimento 1.2 – Percorsi di autonomia per persone con disabilità (Progetto individualizzato, abitazione, lavoro) – Enti proponenti, esito e importo in euro

Ats	Ente proponente	Esito	Importo
Singolo	Sds di Firenze	Ammissibile a finanziamento	715.000
Associati	Comune di Lucca	Ammissibile a finanziamento	715.000
Singolo	Sds area Pratese	Ammissibile a finanziamento	715.000
Singolo	Sds area Pratese	Ammissibile a finanziamento	715.000
Singolo	Sds Empolese, Valdarno, Valdelsa	Ammissibile a finanziamento	715.000
Singolo	Sds Empolese, Valdarno, Valdelsa	Ammissibile a finanziamento	715.000
Singolo	Sds Fiorentina Nord-ovest	Ammissibile a finanziamento	715.000
Singolo	Sds zona Pisana	Ammissibile a finanziamento	715.000
Singolo	Sds Fiorentina Sud-est	Ammissibile a finanziamento	715.000
Singolo	Sds Fiorentina Sud-est	Ammissibile a finanziamento	715.000
Singolo	Comune di Livorno	Ammissibile a finanziamento	715.000
Singolo	Comune di Livorno	Ammissibile a finanziamento	715.000
Singolo	Sds Pistoiese	Ammissibile a finanziamento	715.000

Singolo	Sds Pistoiese	Ammissibile a finanziamento	715.000
Singolo	Coeso - Sds delle zone Amiata grossetana, Colline metallifere e Grossetana	Ammissibile a finanziamento	715.000
Singolo	Comune di Viareggio	Ammissibile a finanziamento	715.000
Singolo	Sds Alta Val di Cecina - Valdera	Ammissibile a finanziamento	715.000
Singolo	Comune di Carrara	Ammissibile a finanziamento	715.000
Singolo	Sds Valli etrusche	Ammissibile a finanziamento	715.000
Singolo	Sds Valli etrusche	Ammissibile a finanziamento	715.000
Singolo	Comune di Arezzo	Ammissibile a finanziamento	715.000
Singolo	Comune di Arezzo	Ammissibile a finanziamento	715.000
Singolo	Sds Senese	Ammissibile a finanziamento	715.000
Singolo	Sds Senese	Ammissibile a finanziamento	715.000
Singolo	Sds della Valdinievole	Ammissibile a finanziamento	715.000
Singolo	Sds della Valdinievole	Ammissibile a finanziamento	715.000
Singolo	Comune di Terranuova Bracciolini	Ammissibile a finanziamento	715.000
Singolo	Comune di Terranuova Bracciolini	Ammissibile a finanziamento	665.000
Singolo	Sds del Mugello	Ammissibile a finanziamento	715.000
Singolo	Sds Alta Val d'Elsa	Ammissibile a finanziamento	715.000
Singolo	Sds della Lunigiana	Ammissibile a finanziamento	715.000
Singolo	Comune di Cortona	Ammissibile a finanziamento	715.000
Singolo	Azienda sanitaria locale Toscana Sud-est	Ammissibile a finanziamento	715.000
Singolo	Unione dei Comuni montani del Casentino	Ammissibile a finanziamento	715.000
Singolo	Azienda sanitaria locale Toscana Nord-ovest	Ammissibile a finanziamento	715.000
Singolo	Azienda sanitaria locale Toscana Nord-ovest	Ammissibile a finanziamento	715.000
Singolo	Unione montana dei Comuni della Valtiberina toscana	Ammissibile a finanziamento	715.000

Tabella 13. Investimento 1.3 – Linea di sub-investimento 1.3.1. Povertà estrema, *Housing first* – Enti proponenti, esito e importo in euro

Ats	Ente proponente	Esito	Importo
Singolo	Comune di Firenze	Ammissibile a finanziamento	710.000
Singolo	Comune di Firenze	Ammissibile a finanziamento	710.000
Singolo	Coeso - Sds delle zone Amiata grossetana, Colline metallifere e Grossetana	Ammissibile a finanziamento	710.000
Singolo	Sds area Pratese	Ammissibile a finanziamento	710.000
Singolo	Sds zona Pisana	Ammissibile a finanziamento	710.000
Singolo	Comune di Livorno	Ammissibile a finanziamento	710.000
Singolo	Sds Fiorentina Nord-ovest	Ammissibile a finanziamento	560.000
Singolo	Sds Empolese Valdarno Valdelsa	Ammissibile a finanziamento	710.000
Singolo	Comune di Viareggio	Ammissibile a finanziamento	710.000
Singolo	Sds Valli etrusche	Ammissibile a finanziamento	710.000
Singolo	Sds Pistoiese	Ammissibile a finanziamento	710.000
Singolo	Comune di Lucca	Ammissibile a finanziamento	710.000
Singolo	Comune di Carrara	Ammissibile a finanziamento	710.000
Associati	Sds del Mugello	Ammissibile a finanziamento	710.000
Singolo	Sds della Valdinievole	Ammissibile a finanziamento	710.000
Singolo	Sds Senese	Ammissibile a finanziamento	710.000
Singolo	Sds Alta val di Cecina - Valdera	Ammissibile a finanziamento	710.000
Singolo	Comune di Arezzo	Ammissibile a finanziamento	710.000
Singolo	Comune di Terranuova Bracciolini	Ammissibile a finanziamento	710.000
Singolo	Sds Alta Val d'Elsa	Ammissibile a finanziamento	710.000
Singolo	Sds Amiata senese e Valdorcina, Valdichiana senese	Idoneo	710.000
Singolo	Sds della Lunigiana	Idoneo	710.000
Singolo	Comune di Cortona	Idoneo	360.000

Tabella 14. Investimento 1.3 – Linea di sub-investimento 1.3.2. Povertà estrema, Stazioni di posta – Enti proponenti, esito e importo in euro

Ats	Ente proponente	Esito	Importo
Singolo	Comune di Firenze	Ammissibile a finanziamento	1.090.000
Singolo	Sds area Pratese	Ammissibile a finanziamento	1.090.000
Singolo	Sds zona Pisana	Ammissibile a finanziamento	1.090.000
Singolo	Comune di Livorno	Ammissibile a finanziamento	1.090.000
Singolo	Sds Pistoiese	Ammissibile a finanziamento	1.090.000
Singolo	Comune di Lucca	Ammissibile a finanziamento	1.090.000
Singolo	Comune di Carrara	Ammissibile a finanziamento	1.090.000
Singolo	Comune di Arezzo	Ammissibile a finanziamento	1.090.000
Singolo	Sds Senese	Ammissibile a finanziamento	1.090.000
Singolo	Sds Empolese, Valdarno, Valdelsa	Ammissibile a finanziamento	1.090.000
Singolo	Sds della zona Fiorentina Nord-ovest	Ammissibile a finanziamento	180.000
Singolo	Comune di Viareggio	Ammissibile a finanziamento	500.000
Singolo	Sds Alta Val di Cecina - Valdera	Ammissibile a finanziamento	1.090.000
Singolo	Sds Valli etrusche	Ammissibile a finanziamento	1.090.000
Singolo	Sds della Valdinievole	Ammissibile a finanziamento	1.090.000
Singolo	Comune di Terranuova Bracciolini	Ammissibile a finanziamento	1.090.000
Singolo	Sds Amiata senese e Valdorcia, Valdichiana senese	Ammissibile a finanziamento	1.090.000
Singolo	Sds della zona Alta Val d'Elsa	Ammissibile a finanziamento	1.090.000
Singolo	Sds della Lunigiana	Ammissibile a finanziamento	1.090.000
Singolo	Comune di Cortona	Ammissibile a finanziamento	545.000

Approfondimento I

Sostegno alle capacità genitoriali e prevenzione della vulnerabilità delle famiglie e dei bambini. Dal programma Pippi ai Leps

S. Brunori, A. Vignozzi (Regione Toscana)

Il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 fornisce una cornice unitaria in cui collocare i temi e i tempi della strutturazione di un sistema dei servizi sociali aggiornato, adeguato alla complessità dei bisogni emergenti, in grado di offrire la certezza della presa in carico di coloro che si trovano in condizione di bisogno e/o vulnerabilità e di promuovere sul territorio la partecipazione delle reti solidali e competenti presenti nelle comunità territoriali. La logica complessiva di sviluppo dei servizi risponde, per l'area minori e famiglie, almeno a due delle attuali sfide, come cioè coniugare l'universalità dei diritti dei minorenni con l'azione specifica rivolta ad alcuni di essi e come migliorare, lungo un asse strategico, la governance a tutti i livelli, politico e istituzionale, amministrativo, sociale, scolastico, sanitario.

Inoltre le indicazioni coordinate presenti nel recente Piano nazionale per la famiglia e nel Quinto piano di azione e di interventi per la tutela e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva 2022-2023, insieme al Piano di azione nazionale per l'attuazione della garanzia infanzia (Pangi), suggeriscono una visione programmatica di indirizzo e monitoraggio dell'impatto delle politiche degli interventi e delle azioni adottate e ancora da adottare.

Il sostegno alla genitorialità può essere considerato come un investimento sociale che contribuisce ad aiutare i genitori a fronteggiare al meglio la crescita delle loro figlie e figli e gestire con equilibrio la loro vita e tale intervento assume una rilevanza particolare quando è rivolto a bambini, bambine e famiglie in situazione di vulnerabilità¹. L'accompagnamento di minori e famiglie in situazione di vulnerabilità è tema di diritti e un ambito fondamentale del lavoro di cura e protezione dell'infanzia, inteso come l'insieme degli interventi che mirano a promuovere condizioni idonee alla crescita (promozione), a prevenire i rischi che possono ostacolare il percorso di sviluppo (prevenzione) e a preservare e/o proteggere la salute e la sicurezza del bambino (area della tutela o protezione).

Regione Toscana partecipa sin dal 2013 al Programma di intervento e prevenzione dell'istituzionalizzazione (Pippi), promosso dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali con il coordinamento scientifico dell'Università di Padova, nato con l'obiettivo di innovare e uniformare le pratiche di intervento nei confronti delle famiglie in situazione di vulnerabilità, per prevenire il rischio di maltrattamento e il conseguente allontanamento delle bambine e dei

¹ Per vulnerabilità si intende la scarsa o assente capacità di rispondere ai bisogni di sviluppo dei bambini e delle bambine da parte dei loro genitori

bambini dal proprio nucleo familiare. Tale programma è riuscito nel tempo ad articolare in modo coerente l'azione dei diversi attori a vario titolo coinvolti nella risposta ai bisogni complessi delle bambine e dei bambini, insieme ai loro genitori e promuovendone la partecipazione alla definizione dei percorsi di supporto. Infatti nel tempo si è resa evidente la correlazione fra povertà economica, sociale, culturale, educativa e la vulnerabilità familiare, e in tale scenario si colloca la scelta di inserire in una cornice nazionale strategica, il metodo Pippi quale livello essenziale di prestazione sociale (Leps), al fine di garantire l'intercettazione precoce delle situazioni di vulnerabilità e rafforzare le opportunità di crescita delle bambine e dei bambini, garantendo loro la più alta qualità educativa e relazionale nel loro ambiente familiare e sociale, attraverso la realizzazione di specifici percorsi di accompagnamento che garantiscano una valutazione appropriata, la progettazione di un piano d'azione unitario, partecipato, sostenibile e multidimensionale e in un tempo congruo, con l'indispensabile apporto delle diverse competenze e professionalità garantite dal lavoro dell'equipe multidisciplinare con la famiglia. Il lavoro in equipe si configura infatti come un luogo inclusivo (opportunità di "tessitura" interprofessionale al fine di co-costruire lo stesso progetto), di co-decisionalità (confronto tra i diversi punti di vista per arrivare alla progettazione condivisa, superando la frammentarietà degli sguardi) e generativo (che favorisce linguaggi comuni e corresponsabilità). I genitori con il/la loro figlio/a, in quanto parte dell'equipe, concorrono in tutte le fasi di lavoro alla presa di decisioni che riguardano la loro famiglia, insieme ai diversi professionisti coinvolti, per dare un apporto al processo di cambiamento, nell'ottica della valutazione partecipativa e trasformativa.

Il Piano sanitario e sociale integrato regionale 2018-2020 (delibera del Consiglio regionale 73/2019) e in particolare le schede operative n. 39 "Accogliere e accompagnare bambini, adolescenti, genitori nei contesti familiari e nei servizi" e n. 40 "Il lavoro di equipe e i programmi di intervento multidimensionali" (di cui alla delibera di Giunta regionale 273/2020), nel rilevare la correlazione tra povertà economica, sociale, culturale ed educativa, e disfunzionalità nella relazione tra genitori e figli e difficoltà relazionali tra le famiglie e il contesto sociale esterno, ha inteso adottare un modello di intervento multidimensionale, capace di tenere insieme ed armonizzare il microsistema degli spazi di vita delle bambine e dei bambini e delle ragazze e dei ragazzi ed il macrosistema nel quale si esprimono i rapporti tra le famiglie e l'ambiente sociale e culturale, in una dimensione ecosistemica, globale ed integrata. La dimensione operativa verso cui tendere è quella di valorizzare l'eredità che il programma Pippi ha disseminato nelle Zone-distretto con un'azione di orientamento verso l'approccio multidimensionale, promozionale e partecipativo anche di altre progettualità territoriali.

Le diverse norme e linee di indirizzo a questi atti e il già ricordato nuovo Piano dei servizi sociali costituiscono un terreno fertile, utile a supportare l'orientamento e l'organizzazione dei servizi territoriali verso uno stesso livello di protezione dell'infanzia e dell'adolescenza e, con ulteriori atti (Dgr 998/2020, Dgr 1069/2020, Dgr 244/2021, Dgr 304/2022 all. C e Dgr 876/2022) la Toscana ha inteso porre la metodologia Pippi alla base del sistema regionale di Promozione, prevenzione e protezione.

Il superamento della fase sperimentale del Programma Pippi è stato segnato dall'inserimento dei relativi finanziamenti all'interno del Fondo nazionale politiche sociali che dal 2020 prevede il vincolo dell'utilizzo di almeno il 50% per interventi nell'area dell'infanzia e dell'adolescenza. Al fine di orientare concretamente le Zone-distretto verso la definizione e l'attuazione organica del sistema regionale di Promozione, prevenzione e protezione, si è provveduto, attraverso la Dgr n. 957 del 22 luglio 2019, ad adottare gli Indirizzi per l'attuazione degli interventi programmati dalle Zone-distretto e Società della salute a valere sulla quota destinata all'infanzia e all'adolescenza del Fondo nazionale per le politiche sociali, nei quali è stata fornita una descrizione di ognuna delle tipologie di intervento che afferiscono ai macro livelli e agli obiettivi di servizi declinati dal Ministero in sede di programmazione dell'Fnps e all'implementazione delle *Linee di indirizzo nazionali sull'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità*, contestualizzandolo nella realtà del welfare toscano e assumendo come quadro di riferimento teorico il modello multidimensionale del mondo del bambino attraverso il quale procedere all'analisi dei bisogni di sviluppo dei bambini mediante il lavoro in equipe multidisciplinare.

In sintesi, le due assi privilegiate di sviluppo, sperimentazione, interventi integrati e ricerca-azione, che vedono da un lato il programma nazionale Pippi – ricordiamo le attività di ricerca e monitoraggio sulle equipe multidisciplinari, gli interventi formativi sui diversi territori, l'utilizzo delle "Carte della partecipazione", strumento innovativo elaborato dal LabT interzonale di Firenze e Prato, curati dal Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza – e dall'altro le progettualità promosse dal Dipartimento politiche per la famiglia attraverso gli annuali fondi concorrono parallelamente e in maniera correlata ad attuare gli obiettivi strategici e le azioni del Piano integrato sanitario e sociale regionale, ad implementare le linee di indirizzo nazionali sulla genitorialità vulnerabile e sull'affidamento familiare.

L'implementazione del sistema di Promozione, prevenzione e protezione toscano, nel mettere a sistema le esperienze e le risorse disponibili, attraverso la programmazione integrata – per livelli ed obiettivi di servizio – tra risorse umane e finanziarie, si giova dell'importante contributo offerto Piano nazionale di ripresa e resilienza con la Missione 5.C2 - Linea di finanziamento 1.1.1 - Programma Pippi.

Nel sottolineare come le nuove opportunità fornite dal Pnrr debbano dialogare in maniera serrata e coordinata con il sistema della programmazione multilivello, con le diverse fonti di finanziamento disponibili e con il sistema dei livelli essenziali di prestazione, anche la stessa partecipazione ai bandi Pnrr è stata concepita in tale logica al fine di evitare frammentazioni nelle risposte alla cittadinanza e/o sovrapposizioni e dispersione delle risorse. In questo senso la linea progettuale Pnrr M5C2 1.1.1 Sostegno alle capacità genitoriali e prevenzione della vulnerabilità delle famiglie e dei bambini nella previsione di finanziamento di 20 progetti di ambito è finalizzata ad estendere il programma Pippi quale modello di intervento regionale nel campo della presa in carico dell'area minori e famiglie.

Tale copertura regionale ben si adatta alla previsione del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023, che definisce tra le azioni prioritarie di sistema la definizione di

alcuni livelli essenziali delle prestazioni sociali (a mente della legge 328/2000), tra i quali la supervisione del personale dei servizi sociali e, appunto, la prevenzione dell'allontanamento familiare – Pippi, entrambi oggetto di finanziamento da parte del Pnrr.

“La sicurezza offerta dall'esistenza di un sistema di servizi sociali strutturato, come dalle altre componenti del sistema di welfare, costituisce il riconoscimento che il diritto di tutti alla piena partecipazione sociale deve essere reso effettivo. Ma per promuovere la coesione e costruire sicurezza, il sistema dei servizi sociali deve dare certezza circa quanto sarà in grado di offrire. Non si tratta di dare tutto subito, quanto di costruire, anche gradualmente e con un'opportuna programmazione finanziaria, certezze sulle prestazioni, caratterizzandole come diritti. In altri termini, se le prestazioni e i servizi sociali sono essenziali per consentire una “dignitosa esperienza di vita”, ciò richiede un sistema di livelli essenziali che si fondi sulla valorizzazione della capacità di esprimersi e di fare delle persone entro un sistema di diritti esigibili per tutti, affinché di tutti siano valorizzate le competenze e a tutti siano riservate le giuste attenzioni, al fine di prevenire situazioni di disagio e di esclusione”².

Si può dunque dire che con il Piano sociale nazionale per gli interventi e i servizi sociali 2021-2023, che contiene al suo interno il Piano sociale nazionale 2021-2023 e il Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2021-2023, che definisce anche alcuni nuovi Leps, si arriva a un approccio non episodico, ma unitario, integrato (ambiti socio-sanitario, politiche del lavoro, giudiziario, politiche abitative), plurifondo, infrastrutturale, che collega la programmazione e i finanziamenti dei diversi fondi (Fnps, Povertà, Non autosufficienza), con quella dei programmi europei.

È necessario quindi adottare considerazioni congiunte e collegate, affinché i sistemi di finanziamento da un lato e i livelli essenziali di prestazione dall'altro, con le progettualità che saranno finanziate con il Pnrr, abbiano una sostenibilità futura, inquadrando i progetti negli attuali sistemi di programmazione regionale e zonale, secondo un approccio di coesione territoriale da perseguire con forza per garantire il corretto utilizzo delle risorse a disposizione. Il tema risorse comprende la cura e l'investimento nelle risorse umane e nelle professionalità, nella consapevolezza che la valorizzazione delle esperienze attivate nei territori più esperti deriva dalla presenza di operatrici ed operatori che, costruendo prassi e modelli, anche innovativi, di collaborazione e formazione interprofessionale, mirate alla costruzione di processi decisionali caratterizzati da condivisione, confronto e discussione, contribuiscono all'impostazione di azioni di prevenzione, di appropriata assunzione di co-decisioni, di corretta valutazione. Tali processi sono supportati dalla collaborazione tra Regione Toscana e l'Istituto degli Innocenti di Firenze (in base alla legge regionale 31/2000) per le attività di osservazione, documentazione, formazione, reference e supporto alle Zone-distretto e Società della salute svolte dal Centro di documentazione regionale infanzia e adolescenza.

² Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023, p. 8.

Approfondimento II

Percorsi verso l'autonomia delle persone con disabilità: Pnrr e programmazione della Regione Toscana

G. Attardo, L. Baggiani, S. Madrigali (Regione Toscana)

Tra le tematiche principali lanciate dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) troviamo, com'è noto, la Missione 5 Inclusione e coesione che sviluppa, nell'ambito della Componente 2 Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore, la sottocomponente Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale all'interno della quale si colloca l'Investimento 1.2 Percorsi di autonomia per persone con disabilità.

L'obiettivo dichiarato consiste nell'accelerare il processo di deistituzionalizzazione attraverso interventi orientati a sostenere l'autonomia delle persone con disabilità, che possano dunque incrementare i servizi di assistenza domiciliare, consentire il rinnovamento degli spazi di vita quotidiana e realizzare condizioni favorevoli allo sviluppo di competenze digitali per l'accesso al mondo del lavoro¹.

L'investimento tiene a riferimento culturale e operativo le esperienze e le progettualità maturate attraverso le misure derivanti dal Fondo per il dopo di noi e dal Fondo nazionale per la non autosufficienza, relativamente ai progetti di Vita indipendente, con un richiamo inequivocabile alle indicazioni delle Linee guida sulla vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità licenziate dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali nel 2018² e che hanno previsto interventi tramite il supporto di un assistente personale, nell'ambito dell'*housing* e *co-housing*, della inclusione sociale, del trasporto e della domotica. Questi provvedimenti sono posti dunque a fondamento dell'azione di rigenerazione che il Pnrr propone in materia di disabilità attraverso l'indicazione, altrettanto puntuale, delle tre linee di intervento lungo le quali dovrà snodarsi la progettazione degli ambiti territoriali che riguardano, in sintesi:

- la definizione e l'attivazione del progetto individualizzato;
- l'abitazione, con l'adattamento degli spazi domestici, la domotica e l'assistenza a distanza;

1 Si veda il Piano operativo per la presentazione da parte degli ambiti sociali territoriali di proposte di adesione alle progettualità di cui alla Missione 5 Inclusione e coesione, Componente 2 Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore, Sottocomponente 1 Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale, – Investimenti 1.1, 1.2 e 1.3 del Piano nazionale di ripresa e resilienza: a) Investimento 1.1 - Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti; b) Investimento 1.2 - Percorsi di autonomia per persone con disabilità; c) Investimento 1.3 - *Housing* temporaneo e stazioni di posta, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Direzione generale per la lotta alla povertà e per la programmazione sociale.

2 Linee guida per la presentazione da parte delle Regioni di proposte di adesione alla sperimentazione del modello di intervento in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità, per l'anno 2018, di cui al decreto direttoriale n. 669 del 28/12/2018, della Direzione generale per la Lotta alla povertà e per la programmazione sociale del Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

- il lavoro attraverso lo sviluppo delle competenze digitali e anche il lavoro a distanza.

È chiara l'intenzione di promuovere un percorso di autonomia in cui la persona con disabilità sia al centro di misure e interventi organicamente connessi tra di loro, in maniera da accompagnare il processo di acquisizione di consapevolezza delle proprie capacità da spendersi nella vita di relazione e nelle esperienze lavorative. Non a caso è prevista la compresenza di tutte e tre le linee di intervento, così come la costruzione del percorso verso l'autonomia a partire dalla definizione e attuazione del progetto di vita individualizzato quale primo step di messa a fuoco dei bisogni della persona, ma anche delle sue aspettative e potenzialità, da far emergere nel contesto della valutazione multidisciplinare in equipe.

La modularità del percorso di intervento rispecchia i principi e i riferimenti culturali patrimonio del contesto normativo più evoluto sui diritti delle persone con disabilità, laddove si fa riferimento alla disabilità non solo come a una condizione patologica da curare, ma anche a una condizione influenzata da fattori ambientali e sociali, che pertanto richiede una gamma più ampia di risposte, di approcci interdisciplinari e multilivello e sollecita un dialogo costante tra i diversi attori, pubblici e privati, del sistema.

In sostanza la Linea di attività 1.2 sui percorsi di autonomia delle persone con disabilità tratteggia un quadro unitario, coordinato e integrato di interventi e di azioni che devono conformarsi ai progetti, in alcuni casi ancora sperimentali, maturati grazie al Fondo per il dopo di noi, istituito con la legge 112/2016³ e ai progetti di vita indipendente finanziati dal Fondo nazionale per la non autosufficienza. Il Pnrr, attraverso la Missione 5, prova in tal modo a coniugare l'obiettivo primario di rafforzare i dispositivi di protezione e inclusione sociale, soprattutto in considerazione della fragilità e dell'instabilità amplificate a seguito della crisi sanitaria, con un'azione di consolidamento del sistema integrato dei servizi sociali e socio-sanitari; affinché sia scongiurato il rischio di disgregazione dei sistemi sociali territoriali e si guardi piuttosto al concreto raggiungimento dei livelli essenziali delle prestazioni, progettualità quali il Dopo di noi e la Vita indipendente sono assunte a fondamento di tutto l'impianto dei percorsi di autonomia per persone con disabilità. Nell'avviso⁴, trattando dei soggetti attuatori ammissibili, si esplicita anzi che nel caso dell'Investimento 1.2 potranno attivarsi più progetti da parte dello stesso ambito territoriale sociale solo nel caso in cui questo partecipi alle progettualità previste a valere sul Fondo dopo di noi o sul Fondo non autosufficienza.

Lo sviluppo delle progettualità territoriali sulla linea di Investimento 1.2 dedicata alle disabilità tiene sullo sfondo tutto il consistente percorso attivato in Regione Toscana fin dal 2017 con

³ Legge 22 giugno 2016, n. 112, Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare.

⁴ Si veda l'avviso pubblico per la presentazione di Proposte di intervento da parte degli Ambiti sociali territoriali da finanziare nell'ambito del Piano nazionale di ripresa e resilienza, Missione 5 Inclusione e coesione, Componente 2 Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore, Sottocomponente 1 Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale, 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, finanziato dall'Unione europea - Next generation Eu di cui al decreto direttoriale del 15 febbraio 2022 della Direzione generale per la Lotta alla povertà e per la programmazione sociale del Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

il programma del Dopo di noi, scaturito, com'è noto, dall'attuazione della richiamata legge 116/2016 e approfondito anche grazie alle esperienze pregresse, che a carattere sperimentale si erano già diffuse nel sistema locale.

Con la Dgr 753/2017⁵ sono stati impostati i progetti triennali grazie ai quali è stato promosso un sistema diffuso e articolato, su base regionale, di servizi finalizzati all'accrescimento dell'autonomia, al benessere e all'integrazione sociale delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare.

La matrice definita a partire da quella prima programmazione, con i tre ambiti d'intervento individuati in coerenza con le indicazioni nazionali del Dm 2016⁶, rappresenta la sostanza dei percorsi per il Durante e dopo di Noi, così come li conosciamo anche oggi, sviluppati e consolidati nel tempo:

- percorsi per l'accompagnamento all'uscita dal nucleo familiare di origine e per la deistituzionalizzazione;
- interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative con caratteristiche simili al contesto familiare;
- programmi di accrescimento della consapevolezza e lo sviluppo delle competenze, per favorire l'autonomia e una migliore gestione della vita quotidiana, anche attraverso tirocini per l'inclusione sociale;
- interventi infrastrutturali per sostenere il processo di deistituzionalizzazione.

Le programmazioni successive del fondo Dopo di noi, reiterato e implementato nella dotazione complessiva, hanno riproposto questo modello, rispondendo in tal modo alla necessità di assicurare la continuità agli interventi e proseguire i percorsi di accompagnamento verso l'autonomia delle persone e di sostegno alle loro famiglie. Le delibere di giunta regionale 623/2020, 539/2021 e 515/2022⁷, nel programmare rispettivamente i fondi Dopo di noi 2019, 2020 e 2021, hanno incoraggiato gli ambiti territoriali a tenere ferma la barra sullo sviluppo di una domiciliarità alternativa all'accoglienza in struttura, basata piuttosto sulla pratica di forme di abitare di *housing* e *co-housing* particolarmente congeniali alla coabitazione tra piccoli gruppi di persone.

Il riferimento alla linea di azione sull'abitazione, promossa dal Pnrr, con l'obiettivo di reperire e adattare spazi esistenti dotandoli di dispositivi domotici e di assistenza a distanza, non solo

⁵ Dgr 753 del 10/7/2017, Legge 112/2016 – Approvazione del Programma attuativo di cui al comma 2 dell'art. 6 del Dm 23 novembre 2016 e degli elementi essenziali dell'avviso pubblico "Servizi alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare".

⁶ Decreto 23 novembre 2016, Requisiti per l'accesso alle misure di assistenza, cura e protezione a carico del Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, nonché ripartizione alle Regioni delle risorse per l'anno 2016, Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

⁷ Dgr 623 del 18 maggio 2020, Assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare: approvazione della programmazione, ai sensi dell'articolo 2 del Dpcm 21 novembre 2019; Dgr 539 del 17 maggio 2021, Assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare. Indirizzi di programmazione, annualità 2020, ai sensi del decreto del Presidente del consiglio dei Ministri 21 dicembre 2020. Approvazione; Dgr 515 del 2 maggio 2022, Assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare: Fondo Dopo di noi annualità 2021. Indirizzi di programmazione, annualità 2021, ai sensi del decreto del ministro del lavoro e delle politiche sociali e del ministro delle politiche per le persone con disabilità 7 dicembre 2021. Approvazione.

risulta coerente con le esperienze disseminate sul territorio toscano attraverso il Dopo di noi, ma apre anche la strada a possibilità di integrazione e di rafforzamento dell'esistente.

Il programma Dopo di noi promosso da Regione Toscana risulta quindi un terreno fertile per gli ambiti territoriali impegnati nella nuova progettazione del Pnrr, per i quali si profilano inedite possibilità di integrare ed espandere il modello con cui viene pensato e costruito il percorso di graduale conquista di autonomia e di piena inclusione sociale delle persone con disabilità.

Tutte le Zone-distretto e Società della salute hanno potuto realizzare, in coprogrammazione e coprogettazione con il Terzo settore, esperienze di costruzione di un sistema integrato di misure, attività ed interventi che hanno al loro centro la definizione del progetto di vita e la sperimentazione di soluzioni di tipo familiare con esperienze di accompagnamento al mondo del lavoro.

Questo contesto ha senza dubbio favorito la presentazione di 37 progetti a valere sull'Investimento 1.2 da parte degli ambiti territoriali a fronte di 43 ammissibili.

Il quadro delle risorse disponibili per i percorsi di accompagnamento all'autonomia delle persone con disabilità risulta grazie ai finanziamenti assicurati dal Pnrr notevolmente incrementati. Il programma Dopo di noi nella sua prospettiva ormai quinquennale – 2017-2021 – ha messo a disposizione degli ambiti territoriali 17 milioni e 800mila euro ai quali si aggiungono i 4 milioni e 795mila del Fondo per l'anno 2020. La linea di investimento sulle disabilità assicura 30 milioni di euro da ripartire agli ambiti territoriali titolari dei progetti ammessi a finanziamento.

Alla luce di un tale dispiegamento di risorse è più che mai necessario mettere a sistema i vari canali di finanziamento attraverso la programmazione integrata e pluriennale di interventi che possano contribuire a delineare e realizzare un sistema dei servizi coerente con i bisogni di presa in carico, di accompagnamento e di stabilità delle persone e delle famiglie.

Il piano operativo e l'avviso, sulla traccia di quanto già sancito dalla legge delega, pongono il progetto di vita individualizzato come punto di partenza per la definizione degli interventi per l'autonomia delle persone con disabilità, che diviene quindi elemento propedeutico all'attivazione delle misure dedicate all'abitazione e al lavoro. La valutazione multidimensionale e interdisciplinare dei bisogni, in un'ottica di raccordo e coinvolgimento del sistema dei servizi territoriali, sottende al processo di integrazione degli interventi di presa in carico, di valutazione e di progettazione da parte dell'ente pubblico in un percorso cui prende parte la persona e implementato anche attraverso il Terzo settore.

Sotto questo profilo Regione Toscana è intervenuta precocemente con la delibera di Giunta regionale 1449/2017⁸ che ha gettato le basi per la definizione del modello regionale di presa in carico della persona con disabilità incardinato intorno alla rete dell'accesso ed al progetto di vita. Il provvedimento, nel disegnare la governance del sistema e la rete dei servizi integrati, ha definito puntualmente le fasi principali del percorso rappresentate dall'accesso, la presa in

⁸ Dgr 1449 del 19 dicembre 2017, Percorso di attuazione del modello regionale di Presa in carico della persona con disabilità: il Progetto di vita.

carico, la valutazione, la definizione del progetto di vita, il monitoraggio e la valutazione in itinere.

La successiva delibera di giunta regionale 1642/2019⁹ ha perfezionato il modello di presa in carico della persona con disabilità identificando i livelli organizzativi e professionali della rete dell'accesso coordinata intorno al Punto unico di accesso (Pua) e dell'Unità valutazione multidimensionale disabilità (Uvmd), precisando che la presa in carico è una funzione assicurata – dai diversi servizi nell'ambito dell'Azienda Usl, della Zona-distretto, della Società della salute e del Comune – all'interno di un processo impostato su interventi e attività multiprofessionali, con particolare riguardo alle situazioni complesse.

Il quadro si è completato con la delibera di giunta regionale 1055/2021¹⁰, che nel definire la cassetta degli attrezzi – strumenti, procedure e metodologie – ha fornito al sistema dei servizi l'insieme dei dispositivi necessari a promuovere e praticare l'integrazione professionale, organizzativa e intersettoriale.

Si tratta dunque di un insieme preciso e ben definito di indicazioni e indirizzi che orientano e sostengono il sistema integrato territoriale e danno vita a opportune convergenze con il contesto in cui devono svilupparsi i progetti sulla Linea 1.2, così come determinato dai provvedimenti attuativi del Pnrr.

⁹ Dgr 1642 del 23 dicembre 2019, Il modello regionale del percorso di presa in carico della persona con disabilità. Approvazione documento in attuazione della Dgr 1449/2017.

¹⁰ Dgr 1055 del 11 ottobre 2021, Il modello regionale del Percorso di presa in carico della persona con disabilità: approvazione strumenti, procedure e metodologie, in attuazione della Dgr 1449/2017.

SEZIONE II

Inclusione sociale, salute e Piano nazionale di ripresa e resilienza: quali azioni per il futuro

Pnrr – Missione 6

L'assistenza territoriale in Toscana alla luce del Dm 77/2022

A. Ajello, C. Barchielli, D. Matarrese, G. Mula, M. Tagliaferri, B. Trambusti (Regione Toscana), P. Francesconi (Ars Toscana)

La Sanità d'iniziativa per la personalizzazione dell'assistenza. Cure primarie per la cronicità

Secondo il modello per lo sviluppo dell'assistenza territoriale individuato dal Dm 77/22, la «Sanità d'iniziativa è un modello assistenziale di prevenzione e di gestione delle malattie croniche orientato alla promozione della salute, che non aspetta l'assistito in ospedale o in altra struttura sanitaria, ma lo prende in carico in modo proattivo già nelle fasi precoci dell'insorgenza o dell'evoluzione della condizione morbosa. Lo scopo della Sanità d'iniziativa è la prevenzione e il miglioramento della gestione delle malattie croniche in ogni loro stadio, dalla prevenzione primaria, alla diagnosi precoce, alla gestione clinica e assistenziale, alla prevenzione delle complicanze, attraverso il follow-up proattivo anche supportato dagli strumenti di telemonitoraggio e telemedicina, alla presa in carico globale della multimorbilità». In Toscana, la Sanità d'iniziativa (Sdi), secondo i suddetti principi, è stata avviata già a fine 2009 implementando il “Progetto per l'attuazione della sanità d'iniziativa a livello territoriale (Psr 2008-2010, punto 4.3.1)”, approvato con la Dgr 716/2009. Si tratta di un modello ispirato al *Chronic care model*, al quale i medici di medicina generale (Mmg), organizzati prima in “Moduli” poi nelle Aggregazioni funzionali territoriali (Aft), aderiscono su base volontaria, ricevendo una remunerazione aggiuntiva secondo un sistema incentivante condiviso, che prevede l'arruolamento e il follow-up proattivo, in collaborazione con gli infermieri distrettuali o privati, dei pazienti con diabete, bronco-pneumopatia cronico ostruttiva (Bpco), insufficienza cardiaca e pregresso ictus, secondo specifici Piani diagnostico terapeutici assistenziali (Pdta). Negli anni questo modello è stato attuato dalle Aziende Usl con un numero crescente di Mmg aderenti (fino a circa il 60%) e, almeno per i primi anni di attività, con significativi impatti sui processi di cura e sugli esiti di salute. Nel 2021 questo modello risulta pienamente attivo solo nella Ausl Sud-est, mentre nelle Ausl Centro e Nord-ovest le attività sono continuate solo in alcune Aft, senza remunerazione aggiuntiva e senza il sistematico contributo degli infermieri distrettuali, richiamati su altri servizi a causa della pandemia.

Secondo gli *Indirizzi per l'implementazione del nuovo modello della Sanità d'iniziativa*, approvati con Dgr 650/2016, e lo Schema di accordo regionale con la Medicina generale per l'attuazione della Sanità d'iniziativa di cui alla Dgr 650/16, approvato con Dgr 930/2017, si sarebbe dovuto superare l'impianto per “silos” (corrispondenti alle singole patologie croniche), focalizzandosi su tre target: a) pazienti complessi, da prendere in carico con percorsi di *care management* da parte di team multidisciplinari con la definizione di Piani individualizzati di cura (Pic); b) pazienti ad alto rischio cardiovascolare, da prendere in carico con il *Chronic*

care model (Ccm); c) assistiti a basso rischio, prevedendo specifici interventi di promozione della salute da definire nei Piani integrati di salute delle Zone-distretto. Soprattutto a causa di problematiche legate alla tutela della privacy, con l'eccezione dei pazienti ad alto rischio cardiovascolare, presi in carico nella Ausl Sud-est, questo nuovo modello non è ancora stato implementato.

Con la Dgr 826/2018 Regione Toscana ha recepito il Piano nazionale della cronicità e a marzo 2020, con la Dgr 273/20 Determinazioni in merito alle azioni per l'attuazione del Pssr 2018-2020, è stata approvata la scheda operativa "La rete dei servizi territoriali e presa in carico del paziente cronico" e, anche per superare le problematiche legate alla tutela della privacy, è stata promulgata la legge regionale 20/2020 Promozione della medicina di iniziativa, modifiche alla Lr 40/2005. Ad oggi, a causa soprattutto della pandemia, questi ultimi atti non hanno avuto significativi impatti sull'organizzazione e sulla gestione dei servizi territoriali per la gestione delle cronicità.

L'implementazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) e delle prescrizioni del Dm 77/2022, anche in tema di Sanità d'iniziativa e gestione delle cronicità, offrono una grande opportunità di dare piena applicazione al Piano nazionale della cronicità e agli indirizzi dei recenti atti regionali.

Si dovrà passare da un "modello" a un "sistema" per la presa in carico proattiva e personalizzata di tutti gli assistiti con condizioni croniche, secondo modelli differenziali per complessità assistenziale, così come sinteticamente delineato nella scheda "La rete dei servizi territoriali e presa in carico del paziente cronico" sopramenzionata, tenendo conto anche delle indicazioni rispetto al modello della Sanità d'iniziativa descritto nel rispettivo capitolo del Dm 77/2022. Per superare problematiche relative alla tutela della privacy, che ad oggi impediscono di dare piena attuazione alle attività di stratificazione della popolazione indispensabili sia per finalità di programmazione e organizzazione dei servizi, sia per finalità di gestione proattiva dei pazienti, si dovrà definire il regolamento previsto dalla legge regionale Promozione della medicina di iniziativa. Modifiche alla l. r. 40/2005.

È certo che l'implementazione delle varie prescrizioni contenute nel documento *Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*, approvato col menzionato Dm 77/2022, potrà fornire un contesto strutturale particolarmente favorevole per la presa in carico dell'assistito con cronicità. Una rete ancora più sviluppata di Case della comunità è un importante presupposto per l'integrazione delle cure e il lavoro delle equipe multiprofessionali e multidisciplinari. Così come l'ulteriore diffusione del modello dell'infermiere di famiglia e comunità potrà andare a rafforzare il ruolo fondamentale di *care management* proprio dell'infermiere. Il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, la "normalizzazione" delle Unità speciali di continuità assistenziale (Usca) nate per fronteggiare la pandemia nelle Unità di continuità assistenziale e lo sviluppo della telemedicina potranno fornire un contributo all'assistenza domiciliare di pazienti cronici, anche particolarmente complessi. Anche le cure intermedie erogate dagli Ospedali di comunità dovranno avere un importante ruolo nell'assistenza temporanea di pazienti con cronicità che non possono essere

gestiti al domicilio, ma che non hanno le necessità di cure ospedaliere in reparti per acuti. Fondamentale poi il ruolo delle Centrali operative territoriali nel coordinare l'azione di tutti gli attori dell'assistenza territoriale. Per ulteriori approfondimenti si rimanda ai rispettivi paragrafi di questo capitolo.

Distretto: funzioni e standard organizzativi

Il distretto è l'articolazione territoriale dell'Ausl considerata ottimale per la valutazione dei bisogni sanitari e sociali, di organizzazione ed erogazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali integrati e che trova i suoi riferimenti normativi sia a livello nazionale sia regionale.

A livello nazionale il Dlgs n. 502/1992, che effettua il riordino della disciplina in materia sanitaria, individua nel Comitato dei sindaci di distretto l'organo funzionale per la verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dalla programmazione delle attività territoriali sanitarie e socio-sanitarie, rinviando alla disciplina della Regione la sua organizzazione e funzionamento. Il programma delle attività territoriali prevede la localizzazione dei servizi sanitari territoriali e per quelli dell'integrazione e la determinazione delle risorse per l'integrazione socio-sanitaria. Sempre nell'ambito dell'integrazione, il Dpcm del 2017 che aggiorna e definisce i Lea, conferma l'articolazione distrettuale delle attività di assistenza socio-sanitaria residenziale, semiresidenziale, domiciliare e territoriale.

Anche per le attività socio-assistenziali, la legge n. 328/2000 attribuisce alla Regione il compito di determinare, tramite le forme di concertazione con gli enti locali, gli ambiti territoriali per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete e assegna allo strumento del Piano di zona, adottato con accordo tra gli enti locali e Ausl, la programmazione di ambito territoriale degli interventi sociali e socio-sanitari.

Sempre a livello nazionale, il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 e il connesso Piano di contrasto alla povertà (Dlgs n. 147/2017) mettono l'accento sulla necessità di perseguire sempre più l'identità di ambito sociale, distretti sanitari e delimitazione territoriale dei Centri per l'impiego, al fine di favorire l'integrazione delle politiche. In sostanza, si sollecitano le Regioni affinché si arrivi a una uniformità delle articolazioni territoriali delle varie misure che riguardano la programmazione della salute, intesa nella sua accezione più ampia.

In maniera affine, nel Piano nazionale per la non autosufficienza 2022-2024 è posta in evidenza la centralità dell'ambito territoriale che è individuato come sede principale della programmazione locale, concertazione e coordinamento degli interventi dei servizi sociali e delle altre prestazioni integrate, attive a livello locale.

Dunque, anche quando la legge di Bilancio nazionale (legge n. 234/2021) stabilisce all'art.1 comma 162 che i servizi socio-assistenziali nei confronti delle persone anziane non autosufficienti sono erogati dagli Ambiti territoriali sociali (Ats) e che questi costituiscono anche la sede necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LepS, dovremmo riferirci, in sostanza, all'articolazione territoriale dove è effettuata la programmazione ed erogazione delle prestazioni socio-assistenziali, socio-sanitarie e sanitarie territoriali.

Regione Toscana, in coerenza con gli indirizzi dettati a livello nazionale, da tempo ha già uniformato l'articolazione territoriale per l'ambito socio-sanitario, attraverso la Lr n. 40/2005, che disciplina il servizio sanitario regionale e la Lr n. 41/2005, che invece disciplina il sistema integrato di interventi e servizi sociali. Nello specifico, la Lr n. 40/2005 definisce la Zona-distretto come articolazione territoriale dell'Ausl (art. 2) e la individua quale ambito territoriale ottimale per la valutazione dei bisogni sanitari e sociali, di organizzazione ed erogazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali integrati (art. 64). Inoltre, al fine di esplicitare il collegamento fra l'ambito territoriale sociale e il distretto, la Lr n. 41/2005 stabilisce che le disposizioni che richiamano gli ambiti territoriali si intendono riferite agli ambiti delle Zone-distretto (art. 36 bis).

Nel 2015 la riforma del sistema sanitario (Lr n. 84/2015) ha previsto una ridefinizione delle delimitazioni territoriali delle Ausl che ha prodotto una significativa riduzione del loro numero complessivo, da 12 sono diventate 3. Successivamente, la Lr n. 11/2017 sulla base di criteri strutturali e infrastrutturali stabiliti dalla Lr n. 84/2015, ha disposto l'avvio di un processo di revisione delle articolazioni territoriali delle Zone-distretto (con decorrenza dal 1° gennaio 2018), che ha interessato 14 ambiti zionali, i quali sono andati a ricomporre 6 nuove Zone-distretto, di cui 5 con attivo il consorzio Società della salute (Sds). Di esse, 4 sono nate mediante fusione per incorporazione di Sds precedenti, mentre una è nata dall'adesione dei comuni di una Zona-distretto alla Sds già esistente. Questo processo ha prodotto una riduzione del numero complessivo delle Zone-distretto, che da 33 sono diventate 26. Con particolare riferimento alla nuova Zona-distretto Aretina-Casentino-Valtiberina, costituita da tre Zone-distretto preesistenti accorpate per effetto della legge, con la delibera del Consiglio regionale n. 101 del 23 novembre 2021 è stata prevista una modifica che ha ripristinato le tre Zone-distretto preesistenti Aretina, Casentino e Valtiberina, portando così le zone esistenti a 28, di cui 16 con attivo il consorzio Sds.

Le Zone-distretto sono individuate con deliberazione del Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, previo parere della Conferenza regionale dei sindaci. A ciascuna è preposto un direttore, nominato dal direttore generale della Ausl in accordo con la Conferenza zonale integrata, al quale sono attribuite competenze in materia di assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria. Il direttore di zona garantisce rapporti permanenti di informazione e collaborazione tra l'Ausl e gli enti locali, realizza le attività definite dalla programmazione sanitaria e di integrazione socio-sanitaria, gestisce il budget assegnato alla Zona-distretto, negozia, con i responsabili delle Unità funzionali della zona e i coordinatori delle Aggregazioni funzionali territoriali, i budget di rispettiva competenza e si raccorda con il direttore del presidio ospedaliero di zona per i percorsi di continuità ospedale-territorio (art. 64.1 Lr n. 40/2005).

Nelle zone nelle quali sono costituite le Sds, il direttore generale dell'Ausl delega al direttore della Sds le funzioni di direttore di zona (art. 64.2).

Nell'ambito territoriale della Zona-distretto l'esercizio dell'integrazione socio-sanitaria

è realizzata attraverso la costituzione del consorzio Sds o mediante la stipula di apposita convenzione socio-sanitaria approvata dalla Conferenza zonale integrata (art. 64 Lr 40/2005). In quest'ambito, nel 2021 sono stati avviati due percorsi di lavoro volti sia a garantire un livello minimo di uniformità del sistema, sia al rafforzamento degli strumenti dell'integrazione sanitaria, socio-sanitaria e sociale: il primo ha previsto l'attivazione di un percorso di accompagnamento alla sottoscrizione del nuovo schema di convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione socio-sanitaria (Dgrt n. 886/2021) che ha coinvolto le 12 Zone-distretto; il secondo, ha riguardato il rafforzamento del modello della Sds, attraverso l'implementazione di un percorso di progressiva convergenza in materia di organizzazione, di gestione del personale, di bilancio e di gestione delle risorse.

La Lr n. 40 e n. 41 del 2005 definiscono, inoltre, la struttura della governance istituzionale, articolata mediante un sistema di conferenze costituite sulla base del differente livello di governo nel quale agiscono. Nello specifico, a livello di Zona-distretto hanno competenza la Conferenza zonale dei sindaci (art. 34 Lr n. 41/2005) e la Conferenza zonale dei sindaci integrata con l'Ausl (art.12 bis Lr n. 40/2005), a livello di Area vasta si colloca la Conferenza aziendale dei sindaci (art. 12 bis Lr n. 40/2005), mentre a livello regionale è costituita la Conferenza regionale dei sindaci (art. 11 Lr n. 40/2005).

Tra le funzioni principali di tali conferenze, vi è quella relativa alla formulazione e all'approvazione degli atti fondamentali di programmazione per il livello di propria competenza. In particolare, a livello di Zona-distretto la programmazione integrata delle politiche sanitarie e sociali si attua attraverso il Piano integrato di salute (Pis) (art. 21 Lr n. 40/2005), che è approvato dalla Conferenza zonale integrata o dall'Assemblea della Sds, ove costituita. Ad oggi in tutto il territorio toscano il Pis ha assorbito l'elaborazione del Piano di inclusione zonale (Piz), sulla base di uno specifico accordo con la Conferenza zonale dei sindaci, così come previsto dalla legge (art. 21 Lr n. 40/2005).

L'Assemblea della Sds o la Conferenza zonale dei sindaci esercitano le funzioni di indirizzo degli obiettivi sanitari, socio-sanitari e sociali integrati di livello locale e per questo emana gli indirizzi generali di politica sanitaria, nel quadro della programmazione regionale. Gli obiettivi di salute del Pis derivano dagli indirizzi summenzionati tenuto conto del profilo di salute, dei bisogni e del quadro delle risorse disponibili che caratterizzano lo specifico territorio. Gli obiettivi sono resi operativi e aggiornati attraverso la parte operativa del Pis (Programmazione operativa annuale - Poa) il cui aggiornamento annuale è condizione per l'attivazione delle risorse comprese nel Fondo sociale regionale (art. 29, comma 5 Lr n. 41/2005), e si compone di programmi operativi e schede di attività, collegati agli obiettivi strategici, secondo la logica della struttura ad albero.

Il decreto ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022 costituisce la riforma di settore del Pnrr della Missione 6 per la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale. Alla luce degli indirizzi contenuti nel decreto, il Distretto costituisce il luogo privilegiato di

gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi socio-sanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali, al cui interno si individua la Casa della comunità (Cdc), la quale rappresenta lo strumento deputato al perseguimento dell'integrazione e il luogo in cui si coordina e si integra il Ssn con il sistema dei servizi sociali, al fine di poter assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta. All'interno di questo quadro il ruolo del direttore di Distretto si conferma, come già previsto nel Ssr, come responsabile dell'attività di programmazione e della gestione dei percorsi integrati di propria competenza.

In conclusione, la struttura organizzativa del territorio toscano, nonché le modalità di programmazione e l'organizzazione dell'integrazione socio-sanitaria previsti a livello normativo regionale, risultano coerenti con gli indirizzi ministeriali in materia. Vi è corrispondenza tra i modelli organizzativi e le modalità programmatiche delle Zone-distretto toscane e le funzioni attribuite al Distretto, che nel quadro del Dm 77 rappresenta il perno del sistema socio-sanitario territoriale.

Tuttavia, al fine di garantire l'uniformità regionale dei livelli di assistenza e di erogazione dei servizi è necessario mettere in atto azioni di rafforzamento delle Zone-distretto, di consolidamento del monitoraggio di percorsi di integrazione, di implementazione di istituti normativi già presenti ma non applicati adeguatamente, di potenziamento degli strumenti operativi delle Sds e, in sostanza, di attivazione del percorso di riorganizzazione del territorio seguendo gli indirizzi ministeriali, ma in continuità e in coerenza con l'esperienza regionale.

Casa della comunità

Regione Toscana ha avviato ormai da più di un decennio l'esperienza delle Case della salute (Cds), pertanto il modello di Case della comunità (Cdc) non sarà mutuato esclusivamente dai contenuti del Pnrr e del Dm 77/2022, ma dovrà tenere conto delle esperienze acquisite, generando un modello toscano di Cdc. A tal fine è stato avviato con Dgr 1125/2021 il progetto Da Casa della salute a Casa di comunità con lo scopo di sviluppare un modello toscano di Cdc.

Nel Dm 77/2022 la Casa della comunità è il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria ed è il modello organizzativo per l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. La Cdc dunque è una fondamentale struttura pubblica in cui i cittadini possono fruire dell'assistenza primaria, attraverso un approccio di Sanità d'iniziativa e la presa in carico della comunità di riferimento, con servizi che si integrano con quelli della continuità assistenziale. La Cdc rappresenta un luogo di collegamento diretto con i servizi sociali proponendo un raccordo intersettoriale dei servizi in termini di percorsi e soluzioni.

Tale modello prevede la presenza del Punto unico di accesso (Pua) e del team multidisciplinare, della figura dell'assistente sociale e dello psicologo di base come parte integrante della rete di comunità, l'inserimento della continuità assistenziale in orario notturno a conclusione del percorso di rimodulazione già avviato di tale servizio, il collegamento in rete con strumenti

di presa in carico socio-sanitaria e socio-assistenziale, nonché le necessarie attività di prevenzione primaria, anche in raccordo con il mondo della scuola. Il modello sarà supportato dall'implementazione del progetto regionale AsterCloud, che prevede l'integrazione dei sistemi informativi aziendali.

A livello nazionale, si struttura una rete territoriale formata secondo il modello *hub and spoke*, con una Cdc *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti, Cdc *spoke* e ambulatori di medici a ruolo unico e pediatri di libera scelta nel rispetto del principio di prossimità.

Infermiere di famiglia e comunità

Le tre aziende territoriali toscane sono in una fase avanzata di implementazione del modello dell'infermiere di famiglia e comunità (Ifoc), secondo le indicazioni del Dm 77/2022, peraltro molto aderente alla versione "toscana", così come indicato nella precedente Dgr 597/2018. In particolare le Ausl Nord-ovest e Centro dichiareranno con la fine del 2022 la messa a regime del modello, con un totale di circa 473 cellule territoriali delimitate e attive che comprendono da un minimo di 300 ad un massimo di 6.357 pazienti (con una media interaziendale di 3.735 pazienti) a seconda delle caratteristiche orografiche e di urbanizzazione del territorio. Nell'Ausl Sud-est si stanno attivando 320 cellule, considerando la densità abitativa e l'estensione territoriale, per una media di 2.500 abitanti per ciascun infermiere.

Il primo obiettivo che può dirsi centrato, sebbene migliorabile, è quello di rendere il domicilio il luogo d'elezione per l'assistenza non solo infermieristica, ma multidisciplinare. Il dispositivo del succitato Dm 77 è rispettato con particolare riferimento a questi punti:

- domicilio luogo d'elezione dell'assistenza multidisciplinare per diversi livelli di complessità presentati dalla popolazione: l'Ifoc collabora con numerose figure sanitarie e sociali (fisioterapista, assistente sociale, medico di medicina generale, dietista, ecc.) al fine di fornire risposte integrate ed appropriate alle diverse necessità espresse o meno dall'individuo, famiglia o comunità compresi all'interno della propria cellula o area di responsabilità territoriale;
- collaborazione con le diverse professionalità: l'Ifoc sfrutta il sistema delle consulenze, ovvero la possibilità di rivolgersi a professionisti specializzati allorquando abbia bisogno di fornire un livello di risposta a specifici bisogni più alto rispetto alle sue competenze generaliste (professionisti infermieri esperti nella cura delle lesioni difficili, nella ventilazione, nelle cure palliative etc.), realizzando di fatto la fruibilità di competenze trasversali ed appropriate da parte delle persone;
- conoscenza e trasmissione della conoscenza agli assistiti dei servizi e delle risorse presenti sul territorio.

Esistono ancora alcuni aspetti previsti dalla norma che non sono stati implementati, e ci si riferisce in particolare a:

- implementazione di sistemi di stratificazione del rischio: sono attualmente in atto sperimentazioni che ci si augura saranno in grado di conoscere al meglio, nel minor tempo possibile, la casistica esatta della popolazione presente in ogni cellula, nonché

fornire una previsione quanto più possibile accurata dell'evoluzione della salute degli individui, così da poter mettere in atto interventi proattivi ed organizzativi appropriati;

- realizzazione della medicina di popolazione, la Sanità di iniziativa e il piano di salute: sono elementi che potranno beneficiare, nella loro realizzazione, dalla prossimità che l'Ifoc ha creato con le popolazioni di riferimento.

Gli sviluppi futuri vedono la necessità di rendere questi due ultimi punti una realtà e parallelamente terminare l'implementazione del modello Ifoc in tutte le aree della regione, anche le più remote e interne. Non è esclusa la rimodulazione delle cellule o una diversa utilizzazione delle risorse, in quanto il modello non è mai stato concepito come statico, bensì capace di rispondere ai bisogni propri delle persone che, per definizione, possono variare nel tempo. Nelle possibilità di sviluppo futuro si contempla dunque la necessità di far tesoro della lezione imparata durante la pandemia, ovvero quella di non rendere il sistema rigido. Lasciare dei gradi di libertà appannaggio della flessibilità del sistema aiuterà lo stesso a non soffrire delle possibili variazioni che la situazione sociale e sanitaria della popolazione potrebbero presentare.

Unità di continuità assistenziale

Il Dm 77/2022 prevede l'istituzione delle Unità di continuità assistenziale (Uca), equipe mobili distrettuali per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà di gestione.

In continuità con i compiti già assegnati alle Usca, tra le funzioni delle Uca è annoverata anche la presa in carico e il follow-up dei pazienti domiciliari durante focolai epidemici, garantendo una risposta rapida e flessibile effettuando accertamenti diagnostici specifici, con l'utilizzo di strumentazione diagnostica di primo livello, e relativi interventi terapeutici.

Alla luce del quadro epidemiologico e in linea con le previsioni di cui al Dm 77/2022, Regione Toscana, con propria deliberazione n. 956 del 8 agosto 2022, ha approvato lo schema di bando per l'uniforme conferimento sul territorio regionale, da parte delle Ausl, di incarichi a tempo determinato per lo svolgimento di attività nell'ambito delle Uca che, in questa prima fase di attivazione, saranno limitate alla presa in carico domiciliare durante i focolai epidemici. Le Ausl hanno contestualmente proceduto, il 26 agosto 2022, alla pubblicazione dell'avviso pubblico per l'affidamento degli incarichi Uca sul territorio regionale a partire dal mese di ottobre 2022.

Centrale operativa territoriale

La Centrale operativa territoriale (Cot) svolge funzioni di coordinamento organizzativo della presa in carico della persona e di raccordo/connessione tra servizi e professionisti coinvolti nel processo assistenziale (i professionisti della salute che operano all'interno delle Cdc, delle Uca, gli operatori dell'assistenza domiciliare integrata, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, e i professionisti che operano nelle diverse tipologie di residenze/centri diurni e nelle strutture ospedaliere, i professionisti che operano nei servizi sociali e socio-sanitari).

L'obiettivo è quello di assicurare continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria. La Cot rappresenta uno degli strumenti che consente di "tradurre" la funzione di committenza, svolta dalle Aziende territoriali e dai Distretti, in modalità operative finalizzate alla continuità dell'assistenza nei setting assistenziali più appropriati, e all'integrazione orizzontale dei servizi.

La Cot interverrà nella gestione dei processi di transizione, nel territorio di riferimento, per tutti gli assistiti con bisogni clinico-assistenziali e sociali complessi, non autosufficienti e cronici ad alta complessità, con il fine di garantire coordinamento e continuità nella presa in carico, sia tra servizi in setting di offerta diversi sia nel passaggio da un livello clinico-assistenziale all'altro anche all'interno dello stesso setting.

La Cot interviene direttamente sulla transizione all'interno della rete dei servizi per i casi a maggiore complessità assistenziale (anche per questioni legate a fabbisogni socio-assistenziali) e collabora direttamente con la Cdc nella gestione della casistica cronica in condizione di stabilità, anche pluripatologica.

Infatti, il Dm 77/2022 prevede lo sviluppo di una piattaforma di reclutamento del paziente e la gestione del suo Piano assistenziale individuale anche attraverso un sistema di prenotazione e *recall* per l'accesso alle prestazioni pianificate. Si tratta di una forma di gestione delle cure di transizione, non direttamente in capo alla Cot, che beneficia degli strumenti tecnologici, dell'*expertise* dei professionisti che collaborano nei territori e dello scambio di informazioni sulla gestione della casistica.

La Cot rappresenta il nodo operativo per l'accesso alle cure intermedie e agli Ospedali di comunità, alla riabilitazione estensiva e alla residenzialità a fronte di una complessità clinico-assistenziale e sociale del paziente. In questo caso si coordina con le Uvm e con i Pua.

La Cot è altresì coinvolta nella ricomposizione dell'offerta di servizi, attraverso il coordinamento ed il raccordo con il Numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117 (Nea), che svolge la funzione di accesso per il cittadino alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi territoriali, laddove la Cot svolge la propria funzione prettamente di back-office, facilitando il collegamento di professionisti che operano in setting e servizi differenti, migliorando la tempestività e l'appropriatezza delle prestazioni erogate, mediante l'attivazione di tutte le risorse sanitarie e sociali presenti sul territorio di riferimento, anche con l'utilizzo dei sistemi di telemedicina.

Centrale operativa 116117

Il Numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117 è stato individuato dalla decisione della Commissione europea numero 116 del 15 febbraio 2007, che ha riservato l'arco di numerazione nazionale con inizio «116» ai numeri destinati a servizi armonizzati a valenza sociale, e dalla decisione n. 884 del 30 novembre 2009, che ha riservato tale numero per il servizio di Continuità assistenziale per le cure non urgenti. A livello nazionale con l'Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013 e successivamente con l'Accordo Stato-Regioni del 24 novembre 2016 sono state individuate le *Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del Numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117*.

Il Dm 77/2022, nella definizione dei modelli organizzativi e degli standard relativi all'assistenza territoriale alla base degli interventi previsti nella Missione 6 Componente 1 Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale del Pnrr, indica gli standard per l'attivazione della Centrale operativa 116117, sede del Nea, per le cure mediche non urgenti attraverso un servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per tutte le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a bassa intensità assistenziale.

Al fine di dare attuazione alle linee di indirizzo nazionali, da parte regionale, è in corso una valutazione in merito alle modalità di avvio del percorso per l'attivazione del Nea 116117 sul territorio toscano.

Assistenza domiciliare

Con delibera n. 660/2015 è stato approvato il Progetto di riorganizzazione assistenza domiciliare (Prad). In base a tale progetto, in coerenza con la normativa nazionale vigente, l'assistenza domiciliare (Ad) rappresenta la risposta ai bisogni primari della persona costretta a domicilio e delinea il complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a persone presso il proprio domicilio. È costituita dalle forme sociali e dalle cure domiciliari (Cd). Le cure domiciliari costituiscono la parte più strettamente sanitaria o socio-sanitaria dell'assistenza domiciliare. Consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

Il Dm 77/2022 conferma il ruolo dell'Ad come servizio in grado di gestire al domicilio interventi a diverso livello di intensità e complessità dell'assistenza nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato, individuando come indicatore il raggiungimento del 10% di pazienti over 65 presi in carico in assistenza domiciliare (considerando tutti gli assistiti di età pari o superiore a 65 anni presi in carico per tutte le classi di coefficiente di intensità assistenziale, indice della frequenza con cui gli operatori si recano al domicilio dell'assistito).

Per la programmazione delle attività di Ad, si terrà di conto dei risultati dell'analisi dell'Agenzia regionale di sanità della Toscana sull'erogazione dell'assistenza domiciliare a livello regionale, di Ausl e di Zona-distretto nel triennio 2019-2021, con focus sul 2021, effettuata sulla base dei dati del flusso informativo regionale Ad-Rsa (che, nella parte dell'assistenza domiciliare, alimenta il flusso nazionale), con l'obiettivo di confrontare il modello toscano di Ad e i suoi risultati con le indicazioni nazionali e individuare le azioni eventualmente necessarie.

Ospedale di comunità

Gli Ospedali di comunità (Odc) sono attualmente declinati in Toscana come strutture di degenza post acuta della rete assistenziale territoriale, in grado di supportare, in raccordo con la medicina generale, sia la fase di deospedalizzazione di persone fragili o anziane, sia di

offrire opportunità di presa in carico, con accesso dal territorio, alle persone in situazioni di complessità assistenziale e/o con patologie croniche che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica, al fine di evitare ricoveri ospedalieri impropri. Possono essere ricoverati pazienti, senza limiti d'età, con non autosufficienza, anche temporanea, per problematiche sanitarie non risolvibili a domicilio.

Gli Ospedali di comunità costituiscono una alternativa all'assistenza domiciliare integrata nei casi in cui questa non sia possibile, per mancanza di un supporto familiare o perché necessaria un'assistenza infermieristica continuativa. Sono strutture finalizzate ad ottenere specifici obiettivi sanitari, attraverso modelli assistenziali intermedi tra l'assistenza domiciliare e l'ospedalizzazione, in particolari tipologie di pazienti che prolungherebbero, senza particolari utilità, la durata di un ricovero ospedaliero e possono essere trattati appropriatamente anche in setting extraospedalieri, ma non a domicilio. L'assistenza è erogata utilizzando i letti intermedi territoriali sanitari e organizzati per moduli assistenziali, di norma, dai 15 ai 20 posti letto. Deve comunque essere garantito un piano integrato e individualizzato di cura concordato attivamente tra professionisti sanitari e sociali, pazienti e caregiver. L'assistenza medica è assicurata da Mmg o da Pls o da medici dipendenti del Ssn.

L'Ospedale di comunità costituisce un setting ideale per promuovere una maggiore integrazione con la comunità locale (associazioni di volontariato). La collaborazione tra ambito sanitario e sociale e la comunità locale rappresenta un elemento qualificante dell'Ospedale di comunità a garanzia di una risposta ad un ampio insieme di bisogni e di tempestiva programmazione delle dimissioni.

L'Odc deve dotarsi del sistema informativo per la raccolta, il periodico aggiornamento e la gestione dei contenuti informativi necessari al monitoraggio dell'attività clinica e assistenziale erogata, assicurando la tempestiva trasmissione dei dati a livello regionale che dovrà provvedere all'alimentazione del sistema informativo nazionale per 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.

Riferimenti generali della programmazione regionale:

- standard previsti: 1 struttura di circa 20 posti letto ogni 50.000 abitanti;
- in ogni Zona-distretto/Sds deve essere presente almeno 1 Odc;
- le strutture devono essere identificate in aree ove possano essere garantiti l'accesso e il tasso di occupazione ottimale: aree urbane o comunque densamente popolate e collocate in prossimità o in collegamento con presidi dotati di diagnostica (ospedalieri o Cdc *hub*).

Rete delle cure palliative

La legge n. 38/2010 e i successivi provvedimenti attuativi hanno definito un modello di sviluppo delle cure palliative che prevede l'articolazione in rete dei servizi e dei percorsi assistenziali, individuando come setting di cura la casa o il domicilio della persona, l'hospice, la struttura ospedaliera e ambulatoriale. La legge distingue gli interventi per livelli di complessità e intensità assistenziale (cure palliative di base e specialistiche) differenziandole,

in ambito domiciliare, dall'Adi attraverso specifiche e specialistiche unità di offerta. Individua inoltre criteri e standard di accreditamento per le strutture e le reti e di riconoscimento delle competenze per i professionisti.

In Toscana le cure palliative sono attive da oltre 20 anni e sono articolate in reti aziendali e regionali, come definito nella Dgr 199/2014 aggiornata poi dalla Dgr 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 (Cp) 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 livelli di assistenza; definisce i percorsi di presa in carico e di continuità delle cure e dell'assistenza favorendo l'integrazione dei servizi sanitari e sociali, la tempistica necessaria nell'erogazione delle prestazioni e 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 all'elaborazione del lutto. La governance della rete regionale delle Cp che coinvolge i referenti aziendali, è demandata a un coordinamento strategico, definito nella composizione e nelle funzioni dalla Dgr 1337/2018.

Dal 2020, fanno parte delle reti aziendali 18 organizzazioni del volontariato, convenzionate con le Ausl principalmente per l'erogazione delle cure palliative a livello domiciliare; mentre oltre 40 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 Dm 77/2022, che definisce lo standard assistenziale e il bacino di utenza, integrando quanto già individuato dall'Intesa Stato-Regioni del 2012 e dalle reti delle cure palliative sia per i pazienti in età pediatrica sia in età adulta, saranno 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. Sono concepite 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 e sarà quindi necessario rafforzare la complementarietà delle cure palliative e delle terapie attive sia in ambito ospedaliero sia territoriale. Sarà inoltre necessario implementare lo standard dei posti letto in hospice e/o la presa in carico da parte della rete, nei diversi setting previsti. Sebbene distinte dall'Adi a livello domiciliare per garantire l'assistenza specialistica necessaria, tale distinzione può non essere presente a livello organizzativo aziendale nella composizione dell'equipe, purché sia individuato il bisogno in base al livello di intensità assistenziale e i professionisti siano comunque specificatamente formati in cure palliative, come previsto dalla normativa vigente.

Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie

Il Dm 77/2022 conferma l'importanza del consultorio familiare (Cf) per l'assistenza sanitaria territoriale e lo definisce come struttura aziendale ad accesso libero e gratuito, deputato alla prevenzione, alla cura e alla promozione della salute delle donne, dei ragazzi e delle famiglie. L'equipe multidisciplinare (ostetrica, ginecologo, psicologo, assistente sociale), che caratterizza l'approccio olistico delle attività consultoriali, deve garantire prestazioni, tutte previste nei Lea (art. 25 del Dpcm 2017), medico-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; dell'assistenza alla donna in stato di gravidanza e durante il puerperio, della tutela della salute del bambino nascituro e nei primi 1.000 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 e alle cure dei professionisti consultoriali in percorsi integrati con altri servizi territoriali ed ospedalieri, anche lo stato di disagio sociale, di maltrattamento, violenza e abuso sia delle donne che dei bambini e dei ragazzi, così come le problematiche relative alla genitorialità affidataria o adottiva, alla genitorialità vulnerabile e interventi di prevenzione e promozione della salute di comunità.

Il Dm 77/2022 sottolinea inoltre 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), ma raccomandando la presenza dei consultori o di proiezioni del servizio nelle future Case della comunità.

In Toscana al 31 dicembre 2021 i consultori familiari pubblici sono 152 (1/24.295 abitanti), con una distribuzione sul territorio superiore alla media nazionale (1/32.325) e in linea con il gold standard di riferimento stabilito nel Dm 77/2022. Il numero di prestazioni erogate rispetto alla popolazione residente rappresenta il volume di attività dei Cf e indirettamente esprime il ruolo che questi hanno nell'ambito dell'assistenza socio-sanitaria territoriale. Nel 2021 sono state erogate dai consultori familiari 529.867 prestazioni (14,4 prestazioni ogni 100 abitanti), in linea con il valore medio nazionale (15,1 per 100 nel 2018-2019) e in ripresa verso i valori pre-Covid-19. Il 98% delle prestazioni è rivolto alla popolazione femminile (tasso femmine: 27,3 per 100 abitanti; tasso maschi: 0,5 per 100 abitanti) e soprattutto a quella in età feconda (15-49 anni), in particolare per il percorso nascita (60,7 prestazioni ogni 100 donne in età feconda).

La capacità attrattiva dei consultori rispetto alla popolazione giovanile risulta pari a 12,5 prestazioni ogni 100 giovani tra i 14 e i 19 anni ed è in aumento rispetto agli anni precedenti, grazie soprattutto al programma di educazione alla salute sessuale e di contraccezione gratuita, attivato nel 2020.

È attualmente in elaborazione una revisione dell'organizzazione dell'attività consultoriale, coerentemente con le indicazioni e le prospettive dell'assistenza territoriale disegnate dal Dm 77/2022. I nuovi indirizzi regionali conterranno un aggiornamento della classificazione, della tipologia e dei bacini di utenza dei consultori, l'organizzazione aziendale e l'articolazione della rete locale, gli standard previsti per la presenza del personale, il lavoro di equipe, gli orari di apertura dei servizi e più in generale per i requisiti di accreditamento, la documentazione dell'attività nei flussi informativi regionali. Particolare attenzione sarà rivolta alle nuove generazioni con l'organizzazione dei consultori giovani, quali luoghi di salute dedicati ai ragazzi, con programmi di informazione, prevenzione e promozione della salute, con particolare riguardo alla salute sessuale e riproduttiva, ai disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, alla promozione di corretti stili di vita e, più in generale, a bisogni specifici, emergenti da indagini periodiche. Saranno attivati inoltre nuovi strumenti informativi, grazie anche ai programmi della sanità digitale.

Prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico

Il Dm 77/2022 contempla un'ampia rimodulazione dell'offerta delle prestazioni in materia di prevenzione collettiva e promozione della salute, con un focus molto rilevante su ambiente, clima e salute.

1. La prevenzione e la promozione della salute nella sanità territoriale

Il Dipartimento della prevenzione ha il compito di coordinare e indirizzare gli interventi in materia di prevenzione e promozione della salute, nei vari ambiti della sanità territoriale. Nel nuovo modello la definizione e gli scopi della Sanità d'iniziativa e del progetto di salute hanno come fulcro gli aspetti di prevenzione. Si riporta di seguito un estratto degli ambiti nei quali è previsto l'indirizzo e il coordinamento tecnico e organizzativo del Dipartimento della prevenzione in materia di prevenzione e promozione della salute.

1.1 La prevenzione nelle Case della comunità

Tra gli obiettivi delle Case della comunità, troviamo anche quello di garantire in modo coordinato la prevenzione e la promozione della salute anche attraverso interventi realizzati dall'equipe sanitaria con il coordinamento del Dipartimento della prevenzione.

In particolare, le Cdc *hub* garantiscono nell'ambito dell'erogazione dei servizi anche:

- servizi di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'infermiere di famiglia o comunità;
- interventi di prevenzione e promozione della salute a livello di comunità, anche attraverso i consultori familiari e l'attività rivolta ai minori – ove esistenti – che si articolano con il mondo educativo e scolastico per gli specifici interventi sulla popolazione 0-18 anni;

- attività di profilassi vaccinale, in particolare per alcune fasce d'età o condizioni di rischio e di fragilità; tutte le attività di profilassi vaccinale e di sorveglianza delle malattie infettive sono in linea con le indicazioni del Dipartimento della prevenzione.

Le Cdc *spoke* garantiscono nell'ambito dell'erogazione dei servizi anche i servizi infermieristici in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'infermiere di famiglia o comunità.

1.2 La prevenzione per l'infermiere di famiglia o comunità

L'infermiere di famiglia o comunità (Ifoc) è definito come un professionista con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute. Pertanto, è coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità. In sintesi, l'Ifoc, per le attività di prevenzione e promozione della salute:

- collabora all'intercettazione del bisogno di salute, agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce d'età;
- contribuisce alla programmazione delle attività anche attraverso gli strumenti propri della gestione degli assistiti finalizzati a mantenere la popolazione in condizioni di buona salute rispondendo ai bisogni del singolo paziente sia in termini di prevenzione sia di cura delle condizioni croniche;
- promuove il coinvolgimento attivo e consapevole della comunità, organizzando processi e momenti di educazione sanitaria di gruppo in presenza o in remoto in linea con le indicazioni del Dipartimento della prevenzione.

1.3 La prevenzione nelle Unità di continuità assistenziale

Tra le attività delle Unità di continuità assistenziale troviamo le seguenti:

- programmi di prevenzione territoriale, in modo coordinato con il Dipartimento della prevenzione e sanità pubblica, quali ad esempio, ondate di calore, vaccinazioni domiciliari e presso le Rsa/Case di riposo per pazienti "fragili" (Covid-19, influenza, pneumococco, meningococco, epatiti virali, *herpes zoster*, ecc.);
- programmi di prevenzione e interventi mirati nelle scuole, in modo coordinato con il Dipartimento della prevenzione, nelle comunità difficili da raggiungere.

1.4 La prevenzione nei consultori

Il consultorio familiare e l'attività rivolta ai minori rappresentano una struttura aziendale a libero accesso e gratuita e sono deputati alla protezione, prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura rivolte alla donna in tutto il suo ciclo di vita (comprese quelle in gravidanza), ai minori e alle famiglie all'interno del contesto comunitario di riferimento.

2. Le nuove funzioni in materia di ambiente, clima e salute

In attuazione della Missione 6 Componente 1 del Pnrr, l'art. 27 del Dl 36/2022, convertito con la legge 79 del 29 giugno 2022, ha istituito il Sistema nazionale prevenzione salute dai rischi

ambientali e climatici (Snps), allo scopo di migliorare e armonizzare le politiche e le strategie messe in atto dal Ssn per la prevenzione, il controllo e la cura delle malattie acute e croniche, trasmissibili e non trasmissibili, associate a rischi ambientali e climatici. Successivamente, il Dm del 9 giugno 2022 ha individuato i compiti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano per la realizzazione del Snps, tra i quali vi è anche la costituzione dell'Srps (livello regionale).

Il Dipartimento della prevenzione ha un ruolo centrale nell'Srps e tale funzione si integra e si aggiunge sia all'attuazione dei Lea in ambito di Prevenzione collettiva e sanità pubblica previsti dall'allegato 1 del Dpcm 12 gennaio 2017, sia alle funzioni assegnate dal Dm 77/2022 al Dipartimento della prevenzione come sopra illustrato.

Le principali funzioni dell'Srps sono:

- identificare e valutare le problematiche sanitarie regionali associate a rischi ambientali e climatici, per contribuire alla definizione e all'attuazione di politiche di prevenzione valorizzando la componente salute nei processi decisionali territoriali, che a vario titolo hanno impatto sulla relazione ambiente-clima-salute;
- consolidare e sviluppare le funzioni di osservazione epidemiologica, a livello regionale e di Ausl, finalizzate a garantire la promozione delle conoscenze sulla relazione ambiente-clima-salute;
- garantire l'integrazione dei sistemi informativi regionali, di quelli dei Dipartimenti di prevenzione e delle altre strutture sanitarie e socio-sanitarie, nonché di altri enti del territorio di competenza, al fine di ottimizzare l'analisi dei rischi sanitari associati direttamente e indirettamente a determinanti ambientali e climatici;
- programmare e realizzare interventi di comunicazione e di formazione per promuovere il miglioramento della capacità gestionale territoriale di prevenire e controllare i rischi sanitari associati direttamente e indirettamente a determinanti ambientali e climatici, nonché per sensibilizzare la popolazione sulle medesime tematiche.

In questo contesto, il Dm 77/2022 prevede che all'interno di ogni Dipartimento di prevenzione siano presenti esperti in tematiche che riguardano la salute, l'ambiente e le loro connessioni, che contribuiscano a garantire in modo coordinato la prevenzione e promozione della salute, attraverso interventi sia di comunità, sia individuali, realizzati dalle equipe sanitarie delle Cdc. Questa strategia è ulteriormente rafforzata dal Piano nazionale prevenzione (Pnp) 2020-2025, e dai conseguenti Piani regionali di prevenzione, che, considerando la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (*One Health*), contengono uno specifico programma "Ambiente, clima e salute", con metodologie e linee di azione basate su evidenze di efficacia.

Telemedicina

All'inizio della pandemia, Regione Toscana, con la Dgr n. 464 del 6 aprile 2020, ha fornito tempestivamente alle Aziende sanitarie indicazioni omogenee e condivise sulle modalità di

prescrizione, accesso, erogazione, registrazione e individuazione della spesa per le attività di televisita e di teleconsulto relative a 83 prestazioni sanitarie.

La delibera, emanata in pieno primo lockdown da Covid-19, mirava a potenziare meccanismi di continuità assistenziale dei pazienti cronici coerenti con le misure finalizzate al contenimento del contagio.

La telemedicina si è rilevata una soluzione importante anche nel 2021, per permettere a categorie sempre più ampie di assistiti di accedere ad attività mediche routinarie. Il protrarsi della pandemia, infatti, ha reso difficile riprendere a pieno ritmo l'assistenza specialistica e, sebbene in ripresa rispetto al 2020, le visite specialistiche ambulatoriali erogate a malati cronici durante il 2021 sono state il 15% in meno rispetto a quelle erogate nel 2019. Pertanto rimane necessario assicurare la disponibilità di assistenza sanitaria qualificata facendo ricorso a modalità di erogazione alternative alla presenza in ambulatorio.

Nel 2021 in Toscana sono state erogate e registrate circa 100mila televisite di controllo, un migliaio in meno rispetto al 2020 (nonostante nel 2020 l'erogazione delle televisite sia iniziata a marzo). Anche nel 2021, una televisita su quattro è stata una televisita diabetologica, seppure anche per questa disciplina si sia verificato un calo rispetto all'anno precedente. Le televisite in ambito psichiatrico e psicologico rimangono le più frequenti, dopo quelle diabetologiche. Nel 2021 sono state numerose anche le televisite per le coagulopatie, di medicina trasfusionale e anestesiolgiche.

L'Azienda che ha erogato più televisite è stata la Aou di Careggi. Le televisite sono aumentate nell'Ausl Centro, diminuite nella Nord-ovest e nella Aou Pisana, rimaste costanti nelle altre Aziende. Come nel 2020, anche nel 2021 è molto variabile il tasso di erogazione delle televisite per Zona-distretto di residenza degli assistiti.

Per l'ulteriore impulso alla telemedicina è prevista la progressiva attivazione dei seguenti servizi:

- il teleconsulto nelle modalità di confronto tra professionisti;
- il telemonitoraggio o teleassistenza abilitanti le attività di assistenza e cura domiciliari;
- la teleriabilitazione per singoli o gruppi di individui sotto la supervisione di professionisti.

Tali strumenti saranno attivati per:

- i pazienti cronici domiciliari differenziati per gravità, patologie e comorbidità e in particolare per i pazienti con patologie cardiache, polmonari, diabetiche e con necessità di dialisi domiciliare;
- i pazienti ricoverati in strutture di cure intermedie con necessità di consulto specialistico ospedaliero e territoriale.

Gli strumenti che verranno utilizzati, tra gli altri, saranno la riforma delle leggi 40 e 41 del 2005, l'informatizzazione e digitalizzazione dell'intero sistema regionale con l'obiettivo di centralizzare tutto attraverso un sistema unico di gestione, la formazione specifica del personale, l'informazione e la comunicazione mirate rivolte agli operatori del settore quanto ai cittadini per ottenere empowerment delle risorse umane e della comunità.

Acronimi

- **Adi** = Assistenza domiciliare integrata
- **Aft** = Aggregazioni funzionali territoriali
- **Aifa** = Agenzia italiana del farmaco
- **Airtum** = Associazione italiana registri tumori
- **Anci** = Associazione nazionale comuni italiani
- **Anpr** = Anagrafe nazionale popolazione residente
- **Asl/Ausl** = Azienda sanitaria locale/Azienda unità sanitaria locale
- **Aou** = Azienda ospedaliero-universitaria
- **Arsd** = sindrome da distress respiratorio acuto (*Acute Respiratory Distress Syndrome*)
- **Arpat** = Agenzia regionale per la protezione ambientale della Toscana
- **Ats** = ambiti territoriali sociali
- **Bpco** = bronco-pneumopatia cronica ostruttiva
- **Cav** = Centri anti violenza
- **Cdc** = *Centers for Disease Control and Prevention* (Centri per la prevenzione e il controllo delle malattie)
- **Cdp/Cp** = Comunità di pratica
- **Cdm** = Consiglio dei ministri
- **Cds** = Carta dei servizi
- **Ce** = Conto economico
- **Cedap** = Certificato di assistenza al parto
- **Cesvot** = Centro servizi volontariato Toscana
- **Cerimp** = Centro regionale infortuni e malattie professionali
- **Cgs** = Comitato gestione sinistri
- **Cig** = Cassa integrazione guadagni
- **Coc** = Centro operativi comunali
- **Cot** = Centrale operativa territoriale
- **Cpi** = Centro per l'impiego
- **Crea Sanità** = Centro per la ricerca economica applicata in sanità
- **Crvs** = Comitato regionale valutazione sinistri
- **Cv** = coperture vaccinali
- **Dad** = didattica a distanza
- **Ddd** = *Defined Daily Dose*
- **Dga** = disturbo da gioco d'azzardo
- **Dgr** = delibera di Giunta regionale
- **Dh** = *Day Hospital*
- **DL** = decreto legge
- **Dlgs** = decreto legislativo

- **Dm** = decreto ministeriale
- **Dpi** = dispositivi di protezione individuale
- **Drg** = *Diagnosis Related Groups*
- **Dsm** = Dipartimenti di Salute mentale
- **Ecdc** = *European Centre for Disease Prevention and Control* (Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie)
- **Eeg** = elettro-encefalogramma
- **Eige** = Istituto europeo per l'uguaglianza di genere
- **Em** = Equipe multiprofessionali
- **Ema** = *European Medicines Agency* (Agenzia europea per i medicinali)
- **Emg** = elettromiografia
- **Erp** = Edilizia residenziale pubblica
- **Espad** = *European School Survey Project on Alcohol and other Drugs*
- **Fead** = Fondo di aiuti europei agli indigenti
- **Figc** = Federazione italiana giuoco calcio
- **Fin** = Federazione italiana nuoto
- **fio.Psd** = Federazione italiana organismi per le persone senza dimora
- **Fip** = Federazione italiana pallacanestro
- **Fipav** = Federazione italiana pallavolo
- **Fsc** = Fondo per lo sviluppo e la coesione
- **Fse** = Fondo sociale europeo
- **Giscor** = Gruppo italiano per lo screening colon-rettale
- **Gisma** = Gruppo italiano per lo screening mammografico
- **Grc** = Centro Gestione rischio clinico e sicurezza del paziente
- **Hpv** = *Human Papilloma Virus*
- **Ifc-Cnr** = Istituto di fisiologia clinica del Consiglio nazionale delle ricerche
- **Id** = incidenti domestici
- **Ima** = infarto del miocardio
- **Inail** = Istituto nazionale assicurazione infortuni sul lavoro
- **Inps** = Istituto nazionale di previdenza sociale
- **Ipe** = indice di povertà educativa
- **Irpef** = Imposta sul reddito delle persone fisiche
- **Irpet** = Istituto regionale per la programmazione economica della Toscana
- **Irs** = Istituto per la ricerca sociale
- **Is** = incidenti stradali
- **Isee** = Indicatore della situazione economica equivalente
- **Ispra** = Istituto superiore per la protezione e la ricerca ambientale
- **Ispro** = Istituto regionale per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica
- **Iss** = Istituto superiore di sanità
- **Ist** = infezione sessualmente trasmessa
- **Istat** = Istituto nazionale di statistica
- **Ivg** = interruzioni volontarie di gravidanza

- **Lea** = livelli essenziali di assistenza
- **Lepts** = livello essenziale delle prestazioni sociali
- **Lr** = legge regionale
- **Mbi** = malattie batteriche invasive
- **Mmg** = medici di medicina generale
- **Msm** = omosessuali (*Men who have Sex with Men*)
- **Naspi** = Nuova assicurazione sociale per l'impiego
- **Neet** = Not in Education, Employment or Training
- **Nipt** = *Non Invasive Prenatal Testing*
- **Odc** = Ospedale di comunità
- **Onds** = Osservatorio nazionale della solidarietà nelle stazioni italiane
- **Ons** = Osservatorio nazionale screening
- **Or** = *odds ratio*
- **Pa** = Pubblica amministrazione
- **Pangi** = Piano di azione nazionale per l'attuazione della garanzia infanzia
- **Pap** = progetto personalizzato assistenziale
- **Pdta** = Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali
- **Pet** = *Positron Emission Tomography* (tomografia a emissione di positroni)
- **Pic** = Piano individualizzato di cura
- **Pid** = malattia infiammatoria pelvica (*Pelvic Inflammatory Disease*)
- **Pil** = Prodotto interno lordo
- **Pinqua** = Programma innovativo nazionale per la qualità dell'abitare
- **Pippi** = Programma di intervento per la prevenzione dell'istituzionalizzazione
- **Pis** = Piano integrato di salute
- **Pissr** = Piano sanitario e sociale integrato regionale
- **Piz** = Piano di inclusione zonale
- **Pls** = pediatri di libera scelta
- **Plwhiv** = *People Living With Hiv*
- **Pma** = procreazione medicalmente assistita
- **Pnc** = Piano nazionale della cronicità
- **Pne** = Piano nazionale esiti
- **Pngla** = Piano nazionale di gestione delle liste di attesa
- **Pnna** = Piano nazionale per la non autosufficienza
- **Pnrr** = Piano nazionale di ripresa e resilienza
- **Poa** = Programmazione operativa annuale
- **Pon** = Programma operativo nazionale
- **Por** = Programma operativo regionale
- **Prad** = progetto di riorganizzazione assistenza domiciliare
- **PREMs** = *Patient-Reported Experience Measures*
- **Prins** = progetto di intervento sociale
- **Prgla** = Piano regionale di gestione delle liste di attesa
- **PROMs** = *Patient-Reported Outcome Measures*

- **Prose** = Programma di osservazione esiti della Toscana
- **Prep** = profilassi pre-esposizione
- **Ps** = Pronto soccorso
- **Psr** = Piano sanitario regionale
- **Ptca** = angioplastica coronarica percutanea transluminale
- **Pua** = Punto unico di accesso
- **Rdc** = Reddito di cittadinanza
- **Rei** = Reddito d'inclusione
- **RM** = risonanza magnetica
- **RMN** = risonanza magnetica nucleare
- **Rmr** = Registro di mortalità regionale
- **Rr** = rischi relativi
- **Rsa** = Residenze sanitarie assistenziali
- **Sari** = infezione respiratoria acuta grave (*Severe Acute Respiratory Infection*)
- **Sdi** = Sanità d'iniziativa
- **Sdo** = schede di dimissione ospedaliera
- **Sds** = Società della salute
- **Seieva** = Sistema epidemiologico integrato dell'epatite virale acuta
- **Serd** = Servizi per le dipendenze
- **Seus** = Sistema emergenza urgenza sociale
- **Sia** = Sostegno per l'inclusione attiva
- **Si-Grc** = Sistema integrato per la gestione del rischio clinico
- **Simes** = Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità
- **Simi** = Sistema informativo delle malattie infettive
- **Sioos** = Sistema informativo dell'offerta e dei servizi sociali
- **Sirss** = Sistema integrato regionale per la sicurezza stradale
- **Sism** = Sistema informativo nazionale per il monitoraggio e la tutela della Salute mentale
- **Sivg** = Sistema informativo violenza di genere
- **Snps** = Sistema nazionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici
- **Ssn** = Sistema sanitario nazionale
- **Ssr** = Sistema sanitario regionale
- **Stemi** = *ST-segment Elevation Myocardial Infarction* (infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST)
- **Ti** = terapia intensiva
- **Uca** = Unità di continuità assistenziale
- **Ue** = Unione europea
- **Usca** = Unità speciali di continuità assistenziale
- **Usr** = Ufficio scolastico regionale
- **Uisp** = Unione italiana sport per tutti
- **Unaids** = *Joint United Nations Programme on Hiv/Aids*
- **Uvmd** = Unità di valutazione multidimensionale per la disabilità
- **Zd** = Zone-distretto