

# Focus Risk Management, obiettivo Salute e Sanità

Il contributo di Federsanità ANCI Toscana al dibattito  
della 14<sup>a</sup> edizione del Forum Risk Management



Regione Toscana





# FOCUS RISK MANAGEMENT, OBIETTIVO SALUTE E SANITÀ

*Il contributo di Federsanità ANCI Toscana al dibattito della 14^ edizione del Forum Risk Management*

Federsanità ANCI Toscana ©

ISBN 978-88-942695-5-0

Collana: testi A fronte n. 4/2020

LUGLIO 2020

**Impaginazione e grafica**

Francesco Acciai



**Regione Toscana**



Quest'opera è soggetta alla licenza Creative Commons [ "Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate CC BY-NC-ND" ]

## ATTRIBUZIONI E RINGRAZIAMENTI

Il presente lavoro raccoglie e sistematizza i contributi di otto seminari tematici organizzati da Federsanità ANCI Toscana all'interno della 14<sup>a</sup> edizione del Forum Risk Management, tenutasi a Firenze tra il 26 e il 29 novembre 2019. Oltre 50 interventi di esperti di ambito sanitario, sociosanitario e socioassistenziale su temi di interesse ed attualità per le politiche regionali e nazionali di settore.

Il gruppo di lavoro Federsanità ANCI Toscana che ha lavorato alle attività di ricerca, redazione e revisione del testo è composto da: Marco Betti, Michelangelo Caiolfa, Caterina Campani, Luca Caterino, Andrea De Conno, Gennaro Evangelista, Barbara Giachi, Chiara Mannucci, Marzio Mori, Simone Naldoni, Selma Rodrigues, Antonio Ruiu, Federica Santillo, Mauro Soli, Eleonora Valeri. Eventuali errori e/o inesattezze sono da attribuire unicamente a Federsanità ANCI Toscana, curatrice del volume.

Si ringraziano tutti coloro che hanno collaborato alla riuscita dell'evento e alla raccolta degli scritti contenuti in questa pubblicazione:

### **Percorsi di inclusione sociale. Residenzialità dei minori: dai gruppi appartamento al programma Care Leavers**

Alessandro Salvi, Gemma Scarti, Paolo Carli, Emiliano Accardi, Eliana Loiacono, Lorella Baggiani

### **Quattro anni vissuti intensamente. Pronto Badante 2016-2019: risultati e prospettive**

Claudia Barsanti, Alessandro Nobili, Massimo Campedelli, Elisa Brigiolini

### **Riforma del Terzo settore, tra ripartenza nazionale e regionalizzazione toscana: quali scenari?**

Stefania Saccardi, Valeria Fargion, Massimo Campedelli, Luca Gori, Stefano Lomi, Marco Mini

### **La salute non gioca a dadi: contesti evidenze e metodi per contrastare il disturbo da gioco d'azzardo**

Mauro Maccari, Simona Neri, Sabrina Molinaro, Adriana Iozzi, Stefano Alemanno

### **Programmazione multilivello della Toscana. 'Se non programmiamo, siamo schiavi del passato'**

Anna Maria Celesti, Riccardo Nocentini, Rossella Boldrini, Daniela Matarrese, Donatella Pagliacci, Neri Magli

### **I Piani Integrati di Salute nella sfida della valutazione**

Riccardo Nocentini, Donatella Pagliacci, Gabriele Tomei, Franco Berti

### **La promozione della qualità nel sistema sanitario e sociale integrato toscano**

Barbara Trambusti, Laura Brizzi, Antonia Peroni, Carmine Di Palma, Eleonora Moretti, Andrea Dilillo

### **La partecipazione civica in sanità**

Roberta Bottai, Anna Lisa Mandorino, Cristina Malvi, Sara Branchini, Silvia Cervia

### **Editing**

Federica Santillo

### **Impaginazione e grafica**

Francesco Acciai

# INDICE

<i>PREMESSA</i>	<i>1</i>
<i>PERCORSI DI INCLUSIONE SOCIALE RESIDENZIALITÀ DEI MINORI: DAI GRUPPI APPARTAMENTO AL PROGRAMMA CARE LEAVERS</i>	<i>3</i>
<i>QUATTRO ANNI VISSUTI INTENSAMENTE PRONTO BADANTE 2016 - 2019: RISULTATI E PROSPETTIVE</i>	<i>15</i>
<i>RIFORMA DEL TERZO SETTORE, TRA RIPARTENZA NAZIONALE E REGIONALIZZAZIONE TOSCANA: QUALI SCENARI?</i>	<i>21</i>
<i>LA SALUTE NON GIOCA A DADI: CONTESTI EVIDENZE E METODI PER CONTRASTARE IL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO</i>	<i>29</i>
<i>PROGRAMMAZIONE MULTILIVELLO DELLA TOSCANA 'SE NON PROGRAMMIAMO, SIAMO SCHIAVI DEL PASSATO'</i>	<i>59</i>
<i>I PIANI INTEGRATI DI SALUTE NELLA SFIDA DELLA VALUTAZIONE</i>	<i>73</i>
<i>LA PROMOZIONE DELLA QUALITÀ NEL SISTEMA SANITARIO E SOCIALE INTEGRATO TOSCANO</i>	<i>81</i>
<i>LA PARTECIPAZIONE CIVICA IN SANITÀ</i>	<i>91</i>



# PREMESSA

La partecipazione di Regione Toscana alla 14<sup>a</sup> edizione del Forum Risk Management tenutasi a Firenze tra il 26 e il 29 novembre 2019 è stata un'occasione per contribuire a rivisitare e salvaguardare i principi fondanti del Sistema Sanitario Nazionale con uno sforzo di elaborazione condivisa tesa al superamento delle troppe disuguaglianze di accesso ai servizi sanitari. Il Forum è stato sede di un grande dialogo tra Ministro della Salute, Assessori regionali, Direzioni Aziendali e operatori sanitari con le loro Società Scientifiche e Ordini Professionali.

La Regione Toscana ha avuto il piacere di presenziare, in particolar modo e con grande interesse, allo stand di Federsanità ANCI Toscana dove si è discusso in otto seminari tematici e con oltre cinquanta interventi in ambito sanitario, sociosanitario e socioassistenziale, su temi di interesse e attualità per le politiche regionali e nazionali di settore.

Ringrazio Federsanità ANCI Toscana per aver organizzato le sessioni e per aver sistematizzato in un'unica pubblicazione le relazioni presentate in modo da renderle disponibili a tutti gli interessati. Ringrazio Gutenberg S.r.l. per la realizzazione dell'evento.

Stefania Saccardi  
Assessore al diritto alla salute, welfare,  
integrazione sociosanitaria, sport  
della Regione Toscana



# PERCORSI DI INCLUSIONE SOCIALE

## RESIDENZIALITÀ DEI MINORI: DAI GRUPPI APPARTAMENTO AL PROGRAMMA CARE LEAVERS

*Alessandro Salvi, Responsabile di Settore Innovazione Sociale - Regione Toscana  
Gemma Scarti, Statistico del Centro Regionale Infanzia e Adolescenza - Regione Toscana e Istituto degli Innocenti*

*Paolo Carli, Vicepresidente Coordinamento Nazionale Comunità Minori*

*Emiliano Accardi, Coordinatore Responsabile Appartamenti "La casa di Omar" e "La Casa di Caterina" - Cooperativa Sociale Arnèra, Pontedera*

*Eliana Loiacono, Responsabile Gruppo Appartamento Stargate e Casa Avventista - Cooperativa Sociale Il Cenacolo, Firenze*

*Lorella Baggiani, Funzionario di Settore Innovazione Sociale - Regione Toscana*

### INTRODUZIONE

Il "minore straniero non accompagnato", per la legislazione corrente, è il minore non avente cittadinanza italiana o dell'Unione europea che si trova per qualsiasi causa nel territorio dello Stato o che è altrimenti sottoposto alla giurisdizione, privo di assistenza e di rappresentanza da parte dei genitori o di altri adulti che ne siano i legalmente responsabili in base alle leggi vigenti nell'ordinamento italiano. Il fenomeno dei minori stranieri non accompagnati interessa tutto il territorio nazionale, ed è stato recentemente regolato dalla L.47 del 07/04/17 (conosciuta come "Legge Zampa"), che ha introdotto importanti novità al precedente D.lgs. 142/2015 nella direzione del consolidamento di un unico sistema di prima e seconda accoglienza organico e dedicato, che garantisca ai MSNA il diritto all'istruzione, alla salute e all'assistenza legale. Fino a quel momento, i minori in questione non godevano della protezione di una misura specifica, ma dalla stessa norma dedicata ai minori abbandonati. La Legge Zampa introduce da un lato procedure uniformi e dedicate al minore straniero, e dall'altro supera la distinzione tra minori richiedenti e non richiedenti protezione internazionale includendo entrambe le tipologie di minori nel sistema SIPROIMI. Questo sistema di seconda accoglienza, recentemente mutuato dal più noto ex SPRAR<sup>1</sup>, è costituito da una rete di enti locali presso i quali sono attivi servizi

<sup>1</sup> A lungo considerata la modalità ordinaria di seconda accoglienza per richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale, il sistema di enti locali SPRAR è stato di recente trasformato in SIPROIMI dalla legge 132/2018, che ha convertito il precedente,

per la costruzione di percorsi individuali di inserimento sociale, integrando strutture di secondo livello in possesso dei necessari standard di qualità di livello regionale.

Alessandro Salvi, Responsabile di settore Innovazione Sociale Regione Toscana, ha raccontato l'esperienza dei gruppi appartamento per l'autonomia di giovani tra 16 e 21 anni e come questa sia stata inserita dalla Regione Toscana nella cornice degli interventi che, nell'ambito della programmazione regionale e nazionale (in particolare si segnalano le esperienze dei due programmi P.I.P.P.I. e Care Leavers), alimentano il sistema di prevenzione del disagio e promozione del benessere dei ragazzi e delle ragazze.

### **GRUPPI APPARTAMENTO PER NEO-MAGGIORENNI**

I gruppi appartamento sono nati grazie alla Regione Toscana e all'impegno di zone-distretto, enti locali e soggetti gestori nell'ambito di una sperimentazione iniziata nel 2014. Gli appartamenti sono ad oggi in tutto quarantacinque e ospitano più di duecentocinquanta ragazzi, costituendo una significativa novità nel panorama dell'offerta residenziale.

L'obiettivo è quello di colmare il vuoto che caratterizza il periodo di transizione dei minori già presi in carico dai servizi. I gruppi appartamento intendono offrire una soluzione adeguata ai bisogni di ragazzi grandi che prima, compiendo la maggiore età, rischiavano di essere subito inseriti in strutture per adulti o di rimanere in strutture per minori in seguito a sentenze di prolungamento da parte del Tribunale per i Minorenni.

L'obiettivo è anche quello di ridurre il gap tra i servizi specifici dedicati ai minori e i servizi a carattere maggiormente "generalista" rivolti agli adulti, che minaccia la necessaria continuità e coerenza nel percorso di accompagnamento verso l'autonomia dei giovani in carico. E nella delicata fase di passaggio alla maggiore età, il venir meno della obbligatoria funzione di tutela e protezione non deve far correre il rischio, concreto, di vanificare o disperdere il forte investimento (complessivamente inteso) espresso dalle istituzioni e dai servizi territoriali durante l'età minore che, anzi, deve costituire la necessaria base di riferimento per le azioni di empowerment e sostegno all'integrazione personale e sociale dell'età adulta.

Una risorsa, quella rappresentata dai gruppi-appartamento, che si aggiunge dunque ai progetti di residenzialità per minori già presenti sul territorio regionale e che offre una chiave di lettura diversa in termini di ricerca di una maggiore appropriatezza, attivazione sociale e promozione di opportunità per ragazzi da 16 a 21 anni, permettendo ai servizi di esplorare e supportare quella fase-ponte che in precedenza soffriva dell'assenza di misure dedicate. "Il gruppo appartamento è uno strumento che va saputo usare al meglio in raccordo con gli altri servizi - ha spiegato Alessandro Salvi - e che è in linea con la tradizionale esperienza e nel di-

---

cosiddetto, "Decreto Sicurezza". Le modifiche apportate rendono più stringenti i criteri di accesso al sistema, le cui caratteristiche restano fondamentalmente immutate per i minori stranieri accompagnati. Per ulteriori informazioni sulla presenza MSNA nel sistema di accoglienza in Toscana, si veda: <http://accoglienza.toscana.it>

namismo toscano in materia di residenzialità per minori che già dagli anni '90 contraddistingue la produzione legislativa della Regione Toscana”.

### **IL PROGRAMMA CARE LEAVERS**

Tra gli argomenti trattati troviamo il nuovo programma nazionale Care Leavers, uno dei servizi della filiera con cui i gruppi appartamento possono entrare in dialogo diretto. Promosso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, il programma Care Leavers offre una forma di reddito minimo, associata ad una forma di progettazione personalizzata pensata per utenti neo-maggioirenni.

L'erogazione monetaria e la logica pattizia avvicinano la misura Care Leavers a quella del REI/RdC con due sostanziali differenze: importo più alto dell'indennità mensile (circa €800,00) che tiene conto della condizione socio-economica del neomaggioirenni e della sua eventuale collocazione in una struttura residenziale o in famiglia affidataria; coinvolgimento diretto e attivo degli enti locali e dei servizi territoriali che devono mettere a disposizione una figura di tutor individualizzato che, a sua volta, agisce in collaborazione con il servizio sociale professionale nell'ottenimento degli obiettivi di autonomia concordati in fase di presa in carico. Il programma riguarda esclusivamente le persone neo-maggioirenni italiane e straniere, presenti sul territorio, con l'eccezione dei Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA). Il programma Care Leavers offre strumenti importanti agli attori della programmazione territoriale, mettendo a loro disposizione risorse professionali e finanziarie considerevoli. Un programma che costituisce un'ulteriore leva per il raggiungimento degli obiettivi comuni di autonomia, mettendo a disposizione risorse professionali e finanziarie. Una misura che può essere messa in continuità con l'uscita dalla casa famiglia, ma anche con i gruppi appartamento. Una progettazione personalizzata che guarda a quella logica di filiera che serve a unire gli interventi di tutela e protezione del minore a quelli di promozione dell'autonomia della persona, per dare continuità all'intervento socioeducativo. Il progetto comprende anche percorsi di studi superiori/universitari, formazione professionale e orientamento al lavoro, come anche inserimento lavorativo.

### **IL PROGRAMMA CARE LEAVERS IN TOSCANA E LA RELAZIONE CON IL PROGRAMMA P.I.P.P.I.**

Il programma triennale Care Leavers presenta inoltre diversi aspetti di continuità e legame con l'altro grande programma nazionale per la prevenzione del disagio dei minori denominato P.I.P.P.I., promosso sempre dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali in collaborazione con l'Università di Padova - Dipartimento Scienze dell'Educazione e rivolto a famiglie che si trovano a dover fronteggiare situazioni impegnative in cui può risultare difficile e complicato il compito di garantire ai figli un livello di benessere durante il delicato e naturale processo di crescita e sviluppo. Il programma P.I.P.P.I. è rivolto all'individuazione, alla sperimentazione, al monitoraggio, alla valutazione, alla codificazione di un approccio metodologico intensivo, personalizzato, continuo, flessibile e strutturato, di presa in carico del nucleo familiare, al fine di ridurre in modo significativo il rischio di allontanamento dei bambini. La

Toscana ha fortemente sostenuto l'implementazione del programma P.I.P.P.I. negli ultimi anni in quasi tutte le zone-distretto, attraverso un'intensa attività di sensibilizzazione, cura e attivazione dei necessari collegamenti inter-istituzionali (sociale, sanità, scuola) e anche tramite l'istituzione di un apposito Tavolo regionale di coordinamento, in modo da garantire il buon funzionamento del sistema e l'avvio di uno scambio di esperienze tra gli ambiti territoriali aderenti alla sperimentazione.

Valorizzando al contempo gli obiettivi comuni presenti sia nella precedente esperienza di P.I.P.P.I. che nella sperimentazione dei gruppi-appartamento per l'autonomia, la Regione Toscana ha quindi avviato la partecipazione alla prima fase del programma Care Leavers individuando tre zone pilota per l'anno 2019: la Zona Piana di Lucca, la Zona Firenze e la Zona Amiata Grossetana-Colline Metallifere-Grossetana. Ognuna di queste tre zone prende in carico almeno dieci neo-maggiorenni da seguire con la metodologia integrata e multidisciplinare proposta dal programma nazionale attraverso una ricognizione dei ragazzi presenti in strutture, gruppi appartamento o affidamento familiare. A tal fine la Regione Toscana collabora anche con il Tribunale per i Minorenni nello sviluppo di forme di provvedimento giudiziario compatibili con una diversa modalità di accompagnamento nella transizione da minore a maggiore età.

Giova ricordare che la citata legge 132/2018, che ha operato una revisione del sistema di accoglienza territoriale dei migranti, ha confermato che i richiedenti asilo che sono stati inseriti nel SIPROIMI - già SPRAR durante la minore età, al compimento dei diciotto anni, restano in accoglienza fino alla definizione della domanda di protezione internazionale. La disposizione è stata ulteriormente specificata nella Circolare n. 22146 del 27 dicembre 2018 che, al riguardo, prevede che il SIPROIMI si potrà sviluppare come sistema di accoglienza e di inclusione dei MSNA che, necessitando di un supporto prolungato finalizzato al buon esito del percorso di inserimento sociale intrapreso, sono affidati ai servizi sociali anche oltre il compimento dei 18 anni e fino all'età massima di 21 anni, per effetto di un decreto adottato dal Tribunale per i Minorenni ai sensi dell'art. 13 della L. n. 47/2017 (c.d. "proseguo amministrativo")<sup>2</sup>: in questo senso, per i MSNA, il Tribunale può dunque partecipare ad un modello di presa in carico più adeguato ai ragazzi grandi che possa contare su una maggior presenza e contributo dei servizi territoriali, così supportati con risorse professionali dedicate.

Coerentemente con le finalità dei gruppi-appartamento, anche in questo caso l'obiettivo è quello di concepire provvedimenti mirati e maggiormente orientati al risultato piuttosto che creare un semplice periodo finestra "vuoto", che pospone il problema di qualche anno e spesso fa del neo-maggiorenne il prossimo utente adulto dei servizi sociali.

Obiettivo strategico è quindi quello di approfittare del periodo di passaggio per consolidare gli elementi positivi del percorso fatto da minorenni e per promuovere

<sup>2</sup> Per ulteriori informazioni, visitare la sezione dedicata all'accoglienza dei minori non accompagnati del Servizio Studi Camera dei Deputati: <https://www.camera.it/temiap/documentazione/temi/pdf/1104665.pdf>

risultati che possano essere sostenibili anche in seguito all'inevitabile decadere del "diritto all'assistenza" passati anche i 21 anni.

Un ragionamento che non esclude, non sottovaluta e non è alternativo al concetto di protezione e tutela, ma lo popola di contenuti, schemi e risorse anche in un'ottica di prevenzione e promozione del benessere dei ragazzi.

Il Piano Socio Sanitario Integrato, approvato dal Consiglio Regionale il 9 di ottobre 2019, ha identificato queste linee in un'apposita sezione che, per la prima volta, presenta anche l'ambito dei percorsi di prevenzione e promozione delle opportunità accanto a quello più tradizionale della tutela dei diritti.

I gruppi appartamento si sono sviluppati in Toscana nell'ambito di una sperimentazione del 2014. Una risorsa che si aggiunge alla residenzialità per minori. Quarantacinque sono i gruppi appartamento che ospitano più di duecentocinquanta ragazzi e che costituiscono una significativa novità nel panorama toscano. I gruppi appartamento sono uno strumento da saper usare, che si inquadra dentro la tradizionale esperienza e nel dinamismo toscano in materia di residenzialità per minori che, dagli anni 90, contraddistingue la produzione legislativa della Regione Toscana.

Gemma Scarti, Statistico del Centro Regionale Infanzia e Adolescenza Regione Toscana e Istituto degli Innocenti, ha presentato i dati provenienti da due importanti sistemi regionali di monitoraggio: monitoraggio degli interventi per bambini e ragazzi in famiglia e fuori famiglia, avviato da Istituto degli innocenti e Centro Regionale e condotto ogni anno con la collaborazione degli assistenti sociali delle 26 zone distretto toscane. A questa forma di monitoraggio sono state aggiunte negli ultimi anni alcune domande incentrate sugli appartamenti per l'autonomia, di cui si offre un primo spaccato<sup>3</sup>.

Sistemi informativi ASSO (gestione dati anagrafici delle strutture sociali) e ASMI (gestione dei dati di attività delle strutture riguardanti i minori presi in carico).

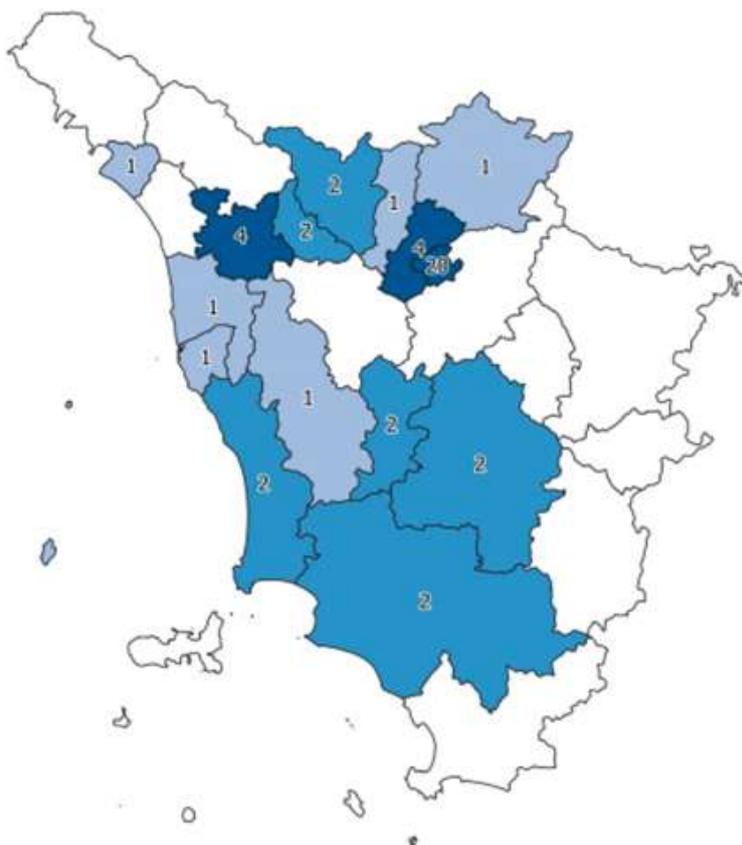
Questi due sistemi sono gestiti da Regione Toscana, che raccoglie tradizionalmente i dati anagrafici delle strutture sociali e di ragazzi in strutture. Il database è alimentato direttamente dai responsabili di struttura e, purtroppo, risente della difficoltà (sempre minore) di godere negli anni passati del contributo costante di tutte le strutture. Un sistema importante, che da un lato alleggerisce le strutture dall'onere di rispondere alle schede semestrali della Procura (che il sistema informatico compila in automatico a partire dalla loro compilazione) e, dall'altro, permette a Regione Toscana di rispondere alla rilevazione annuale di ISTAT.

234 bambini in alta autonomia e 829 in altre strutture: un carico alto nell'accoglienza regionale delle strutture autonomia. Gli accolti in strutture alta autonomia sono, per ora, MSNA al 88%. Dato completamente diverso invece in altre strutture tradizionali, dove resta la maggioranza dei bambini italiani (25% di MSNA). Il dato sull'alta autonomia offre uno spunto particolare: questo tipo di strutture risponde prevalentemente ai bisogni specifici dei MSNA e, dunque, appaiono con minor frequenza fattori come l'affidamento ai servizi sociali per adozioni, le disabilità certificate, il genere femminile.

<sup>3</sup> I dati del monitoraggio riportati da qui in avanti sono aggiornati al 31/12/2018.

## MONITORAGGIO

Guardando alla distribuzione si nota come ci siano ancora tante zone distrette senza strutture ad alta autonomia, e il ruolo predominante della zona di Firenze, dove ci sono addirittura 135 bambini in carico ai servizi sociali, ospitati in 20 appartamenti, pari a quasi il 50% del totale delle strutture.



## ASSO-ASMI

44 appartamenti sanciti su 45.

I 44 "appartamenti per l'alta autonomia" non sono sempre in un unico stabile, ma organizzati in 58 moduli. Nel 2018, la presenza in struttura ammontava a 166 minorenni e 91 18-21enni.

Le strutture sono 154 in totale e si rifanno a quattro leggi: 90, 2005, 2009, 2017. In un primo momento le comunità a dimensione familiare erano preponderanti, negli ultimi anni gli appartamenti vanno a superare la dimensione familiare.

Le strutture ad alta autonomia sono prevalentemente collocate all'interno di centri abitati (34 strutture, 77% del totale) o nelle loro periferie (6 strutture). Marginali le strutture in zone rurali o in frazioni di centri abitati (2 per ciascuna area).

La maggioranza ospita esclusivamente maschi (36 strutture, 81% del totale). Altre 6 strutture hanno autorizzazione per accoglienza mista, mentre solo una è esclusivamente dedicata al genere femminile. I posti disponibili sono 244, a fronte di 1195

posti nel totale delle strutture.

L'accoglienza per l'alta autonomia si fa in numeri piccoli: in queste strutture si ha una media di 5 posti ad appartamento, a fronte di una media di 7 posti per abitazione nelle strutture generali.

I dati di flusso mostrano come l'Alta Autonomia abbia un grande turnover, tipico della logica di una breve accoglienza: i ragazzi restano poco.

Nelle strutture ad alta autonomia, si riscontra un 97% di maschi tra i minori, e un 89% nei neomaggiorenni. Guardando al totale delle strutture invece, il numero di maschi scende al 66% tra i minori e al 75% tra i neomaggiorenni.

La quasi totalità degli accolti nelle strutture sono stranieri: il 96% dei minori sono MSNA, e l'89% dei neomaggiorenni sono stranieri (ex-MSNA).

Paolo Carli, Vicepresidente Coordinamento Nazionale Comunità Minori, ha ribadito la centralità dell'autonomia come obiettivo dei servizi erogati e ha confermato il bisogno, presentatosi negli anni passati, di un ponte che colmasse quel vuoto nel passaggio da minore a neo-maggiorenne.

L'esperienza delle strutture è partita cinque anni fa con le prime dieci adesioni, proponendosi come sperimentazione in risposta ai bisogni specifici, e già molto diffusi, del minore straniero non accompagnato. Come conferma il dato attuale rilevato dal Centro Regionale, il genere predominante tra gli utenti era già allora quello maschile, proprio in ragione delle altissime percentuali di minori stranieri non accompagnati maschi. Non sarà così ancora per molto: anche per esperienza diretta, Paolo Carli ha notato come lo scenario sembra in via di cambiamento, proprio in ragione della maggiore inclusività di questo servizio verso minori italiani tra cui si registrano molte ragazze. Il fatto che si apra ad altri tipi di bisogno che passano dalle comunità di accoglienza è centrale nella strutturazione di tutti i servizi che possiamo offrire. Paolo Carli conferma ancora il dato proposto da Gemma Scarti: ad oggi il numero dell'utenza ha superato quello delle comunità a dimensione familiare. La parola "sostenibilità" è centrale, intendendo con questo termine una sostenibilità di tipo personale ed economica. Secondo Carli è necessario fare attenzione ad evitare di ricorrere in maniera indiscriminata alla soluzione dei gruppi appartamento soltanto in ragione della loro vantaggiosità economica rispetto alle comunità a dimensione familiare. Occorre dunque impegnarsi perché questi appartamenti siano utilizzati per i ragazzi che ne possono davvero giovare e cioè quelli che hanno le capacità necessarie ad un buon vivere in autonomia. Occorre invece avere il coraggio di ribadire la necessità di continuare a vivere in comunità per tutti quei ragazzi che non sono ancora in grado di sostenere un contesto del genere, pur se neo-maggiorenni. Anche questo aspetto, secondo Carli, è una declinazione di quello sforzo di comprensione del beneficiario nella sua individualità che tutti, ad oggi, reputano fondamentale al raggiungimento di risultati sostenibili.

## TESTIMONIANZE, ESPERIENZE, PERCORSI

Emiliano Accardi, Coordinatore Responsabile Appartamenti “La casa di Omar” e “La Casa di Caterina” Cooperativa Sociale Arnèra, gestisce - per conto della Società della Salute della zona Valdera e dell’Unione dei Comuni - una Comunità a dimensione familiare per minori e due appartamenti di autonomia per grandi minorenni e neo-maggiorenni (fino ai 21 anni) divisi per genere. La zona Valdera ha deciso di puntare sull’appartamento come elemento fondante della filiera per minori e neo-maggiorenni. Gli appartamenti si trovano a Pontedera, adiacenti alla Comunità per minori. Aperti nel 2015, hanno accolto ad oggi circa 21 ragazzi e ragazze, in prevalenza MSNA - in accordo con la casistica riscontrata nella zona.

Offrono un’accoglienza temporanea finalizzata ad una autonomia individuale e a un inserimento maggiormente efficace nel contesto sociale con il supporto di una équipe professionale specializzata. L’attività educativa, che si realizza con questo intervento, coniuga le istanze di protezione e tutela dei ragazzi o delle ragazze con l’attuazione di percorsi verso l’autonomia e riesce a sviluppare gradualmente le capacità degli ospiti di far fronte agli impegni lavorativi, scolastici e del proprio ambiente di vita.

Emiliano Accardi ha specificato che la zona pontederese è diversa da quella fiorentina, i numeri sono inferiori e gli appartamenti sono due, addirittura in sovrappiù rispetto ai bisogni della zona.

### LA COMUNITÀ

Nel 2011 è stata inaugurata una struttura dal Comune di Pontedera, una comunità a dimensione familiare che poteva ospitare fino a un massimo di dieci minori.

Una realtà nata negli anni ‘90 che poteva accogliere pochi ragazzi e necessitava di essere rinnovata ed ampliata per aumentare i posti letto. Nello stesso immobile il Comune di Pontedera aveva realizzato tre appartamenti per esigenze varie del territorio, inizialmente senza una precisa destinazione. Gli appartamenti nascevano come convivenze guidate madri con bambini proponendo di migliorare le condizioni di madri in difficoltà, fornendo loro una situazione abitativa protetta e un sostegno educativo alla cura dei figli e alla progressiva acquisizione di autonomia personale.

Successivamente l’immobile è stato destinato all’emergenza abitativa.

Le esigenze del territorio sono poi cambiate, le situazioni si sono evolute e nel 2015, in quegli stessi spazi, è stato aperto il primo appartamento con sperimentazione della Regione Toscana, la “Casa di Omar”. Una soluzione residenziale innovativa per grandi minorenni e neo-maggiorenni che avevano bisogno di intraprendere un percorso di autonomia ed emancipazione. A distanza di tre anni, nel 2018, è stato aperto nella stessa sede il secondo appartamento, “la Casa di Caterina”<sup>4</sup>. Una spe-

<sup>4</sup> Nascono quindi due appartamenti, uno maschile e uno femminile. Secondo Accardi resta comunque predominante nel territorio di Pontedera il bisogno di strutture ricettive per maschi, che nel Report di monitoraggio, dati al 30 giugno 2019, i minori stranieri non accompagnati (MSNA) in Italia si attestano al 90% della presenza totale: <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/immigrazione/>

rimentazione questa che, a detta di Accardi, è stata resa particolarmente funzionale dalla vicinanza fisica degli immobili per minori e per l'emergenza abitativa: la gestione degli appartamenti è rimasta legata alla gestione della comunità anche perché, logisticamente, le strutture sono fisicamente attaccate. L'équipe di lavoro è la medesima e viene garantita una continuità: gli operatori hanno delle ore espressamente dedicate a una e all'altra misura, ma la loro presenza anche indiretta è costante.

### **MODALITÀ DI GESTIONE**

Il progetto sperimentale della Società della Salute della zona Valdera, dell'Unione dei Comuni e di Arnèra offre accoglienza temporanea finalizzata ad un'autonomia individuale e un inserimento maggiormente efficace nel contesto sociale con il supporto di una équipe professionale specializzata.

L'appartamento può ospitare fino a un massimo di quattro ragazzi o ragazze, già in carico ai servizi sociali e specialistici territoriali.

L'attività educativa coniuga le istanze di protezione e tutela con percorsi di sviluppo delle capacità degli ospiti di far fronte agli impegni lavorativi, scolastici e del proprio ambiente di vita.

I ragazzi conoscono così il sistema accoglienza, l'organizzazione e tutti gli operatori che li seguiranno anche in appartamento perché cominciano dalla comunità a lavorare coadiuvati sul personale, su autonomia, visite mediche, sveglia da soli, la cucina etc. Una prassi che ha dimostrato di funzionare, mentre chi viene inserito in appartamento da zero sembra avere più difficoltà.

### **IL CONTRATTO CON L'UTENTE**

Due elementi fondanti, uno individuale e uno di gruppo.

Grande attenzione al percorso individuale differenziato del minore. Prende forma nei PEI (Progetti Educativi Individualizzati), che riconosce la persona nella sua unicità e viene rimodulato trimestralmente insieme all'assistente sociale di riferimento.

Lavoro di gruppo, convivenza con i coetanei. Alcune regole di buona convivenza, diritti e doveri applicati a tutti: partecipazione alla riunione settimanale dell'appartamento, confronto con operatori, divisione dei compiti di mantenimento della casa. Entrambi gli elementi si rispecchiano nel diario di bordo che viene realizzato sia in versione collettiva, che individuale. Il contratto firmato dal neo-maggiorenne può essere reciso da entrambe le parti, permettendo di responsabilizzare il beneficiario e, nel frattempo, lasciarlo libero di rinunciare agli obiettivi di autonomia stabiliti.

### **FAMI - PNA - SPRAR - SIPROIMI**

Il FAMI "Fondo asilo migrazione e integrazione 2014 - 2020" è uno strumento finanziario istituito con l'obiettivo di promuovere una gestione integrata dei flussi migratori sostenendo tutti gli aspetti del fenomeno: asilo, integrazione e rimpatrio.

Il PNA "Programma Nazionale Asilo" è il primo sistema pubblico per l'accoglienza di richiedenti asilo e rifugiati, diffuso su tutto il territorio italiano, con il coinvolgimento delle istituzioni centrali e locali, secondo una condivisione di responsabilità tra Mini-

[focus-on/minori-stranieri/Pagine/Dati-minori-stranieri-non-accompagnati.aspx](https://www.mim.gov.it/focus-on/minori-stranieri/Pagine/Dati-minori-stranieri-non-accompagnati.aspx)

stero dell'Interno ed enti locali.

La legge n.189/2002 ha istituzionalizzato queste misure di accoglienza organizzata, prevedendo la costituzione dello SPRAR "Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati". Attraverso la stessa legge il Ministero dell'Interno ha istituito la struttura di coordinamento del sistema - il Servizio Centrale di informazione, promozione, consulenza, monitoraggio e supporto tecnico agli enti locali - affidandone ad ANCI la gestione.

Il D.L. 4 ottobre 2018 n.113, convertito in Legge 1 dicembre 2018 n.132, rinomina il "Sistema di protezione per richiedenti asilo, rifugiati e minori stranieri non accompagnati" SPRAR in SIPROIMI "Sistema di protezione per titolari di protezione internazionale e per i minori stranieri non accompagnati". L'accesso al Sistema oggi è riservato ai titolari di protezione internazionale e a tutti i minori stranieri non accompagnati. Nell'ambito del Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione (FAMI) Arnèra ha partecipato al bando 2019 per progetti transnazionali ospitando - in seconda accoglienza - dieci MSNA richiedenti asilo provenienti da strutture di prima accoglienza. Negli appartamenti i dieci hanno potuto consolidare il percorso di autonomia avviato già in prima accoglienza, risultato nell'inserimento in progetti SPRAR adulti.

La Cooperativa Il Cenacolo ha avviato la sperimentazione del gruppo appartamento per l'autonomia dal 2015 e, da allora, Casa Avventista e Stargate hanno ospitato oltre 130 tra minori e giovani adulti. Eliana Loiacono, Responsabile Gruppo Appartamento Stargate e Casa Avventista Società Cooperativa Sociale Il Cenacolo, "Guardando alla mia esperienza come referente di struttura e assistente sociale interna ai gruppi appartamenti per l'autonomia del progetto SPRAR minori, posso affermare che il gruppo appartamento per l'autonomia è lo strumento principe, è l'indiscutibile punto di forza per cercare di raggiungere l'obiettivo principale alla base del progetto SPRAR: garantire ai beneficiari un'accoglienza integrata su vari ambiti, che vanno dalla mera accoglienza materiale, al supporto legale e sanitario, all'individuazione di percorsi educativi e formativi individuali. Soprattutto perché il tutto si deve coniugare con i bisogni di un'utenza oggi diversa. In questo momento la maggior parte dei ragazzi accolti in struttura sono quasi adulti, alla soglia dei 18 anni, oppure sono da poco adulti ed in quanto tali hanno delle ulteriori necessità e dei bisogni altri a cui si deve far fronte fornendo delle risposte. Ci troviamo ad avere a che fare con il bisogno di acquisire autonomia, di poter gestire la propria quotidianità, il bisogno di autodeterminarsi".

Il Gruppo appartamento per l'autonomia è l'esperienza di accoglienza più simile alla "vita vera", a quella vita che il minore a breve tornerà a vivere; è la possibilità di riavvicinare il giovane quasi adulto, da tempo nel circuito dell'accoglienza, ad una situazione di "quasi normalità", la stessa che vivono i coetanei di Firenze con cui gli chiediamo di integrarsi.

Il Gruppo appartamento per l'autonomia è una sorta di luogo protetto entro il quale il ragazzo ha la possibilità di sperimentarsi, di mettersi alla prova, di sbagliare, cadere, di rialzarsi e riprovare a camminare con le proprie gambe sapendo che c'è il

braccio che sorregge e guida in caso di bisogno, un po' come avviene in famiglia. All'interno di questo tipo di strutture, in considerazione della vulnerabilità dell'utenza che ospitano, vi lavora un'équipe multidisciplinare, fatta di diversi profili professionali quali gli educatori, l'assistente sociale, l'operatore legale, lo psicologo, il mediatore culturale.

Il lavoro dell'équipe educativa è volto ad attivare processi di responsabilizzazione e sviluppo dell'autonomia di ogni persona, questo per provare ad evitare che il ragazzo, magari da tempo incastrato tra le maglie dell'accoglienza, non sia in grado di prendere una decisione o assumersi una responsabilità perché ha cronicizzato il fatto che c'è un qualcuno che stabilisce cosa fare e quando. La natura di questa struttura, di questo progetto fa sì che il lavoro educativo richiesto è da dividersi in fasi. Vi è la prima fase dell'accoglienza che richiede una presenza educativa maggiore, un affiancamento quasi costante: il ragazzo deve capire dove si trova, interiorizzare il regolamento di struttura, accettare lo sforzo richiesto, imparare a badare a se stesso nelle cose primarie, preparare il cibo, tenere pulito il proprio appartamento, ricordare i propri impegni. L'educatore affianca il ragazzo finché non acquisisce l'autonomia necessaria per poter badare a se stesso. La presenza della figura dell'educatore si attenua quando inizia la seconda fase dell'accoglienza che coincide con il momento in cui il minore inizia a responsabilizzarsi e ad essere autonomo. In questo momento l'educatore canalizza la sua energia per il raggiungimento di obiettivi altri e più alti, nel concreto smette di dover svegliare il ragazzo, ricordargli i compiti da fare, monitorare che li abbia fatti e può invece occuparsi, una volta conosciuto, di inserirlo in percorsi scolastici e formativi.

All'aumento del grado di autonomia del ragazzo corrisponde un maggiore investimento di energia dell'intera équipe nell'individuazione delle risorse del territorio, delle opportunità da offrire ai minori accolti. Infatti, grazie ad un ottimo lavoro nel creare sinergie con gli attori del territorio, l'area di intervento scuola e formazione è ben sviluppata tanto che la fotografia attuale dei ragazzi accolti nei gruppi appartamenti dello SPRAR minori di Viale G. Pieraccini è di 22 ragazzi, di cui 10 maggiorenni, 7 prossimi alla maggiore età e 5 di 16 anni. Di questi 22 ragazzi, 11 sono inseriti in percorsi formativi professionali, di cui 5 già inseriti in stage curriculari, 1 ragazzo frequenta la terza media, 1 frequenta un istituto tecnico superiore, gli altri 9 sono inseriti in percorsi scolastici di alfabetizzazione.

“Spesso ci viene chiesto se la logica del gruppo appartamento non distacca l'équipe dall'utente. A colpo d'occhio sembrerebbe di sì, la presenza dell'educatore non è costante, non è assidua. Eppure l'educatore è ben presente: lo è in maniera differente, lo è da dietro le quinte, è un attivatore di processi, è uno stimolatore di reazioni, di prese di coscienza. C'è sempre in caso di bisogno, ma si valuta di volta in volta la natura del bisogno, si cerca di far sì che sia il minore ad attivare soluzioni, a cercare risposte ai propri bisogni”.

Loirella Baggiani, Funzionario di settore Innovazione Sociale Regione Toscana, sulla differenza sussistente tra il gruppo appartamento previsto dal Regolamento 15/ del 2008 ed il gruppo appartamento per l'autonomia normato con il rinnovato Regolamento 2/R del 2018, ribadisce quanto già osservato, ovvero che la nuova struttura rappresenta una tipologia più avanzata poiché è frutto di una sperimentazione pluriennale che ne ha testato le caratteristiche sul campo. Con il nuovo regolamento 2018, che recepisce - giova ricordarlo - anche altre tipologie di accoglienza a bassa soglia - si è potuto agire in via amministrativa senza cioè ricorrere alla modifica di legge ma operando piuttosto nelle maglie contenutistiche che lo strumento regolamentare offre; in tal modo è stato possibile definire e codificare caratteristiche e requisiti che rappresentano il risultato dell'attività di monitoraggio attivata durante tutto il periodo della sperimentazione, secondo un processo di costruzione dal basso che più adeguatamente risponde alle esigenze di innovazione mostrate dal sistema di protezione e accoglienza nel suo complesso. La nuova tipologia si presenta, quindi, certamente più completa dal punto di vista della sua definizione e del suo impatto sull'intero sistema di accoglienza dedicato ai bambini e ai ragazzi.

Va anche menzionata la decisione di inquadrare questa struttura tra quelle per le quali la legge regionale 41 del 2005, la legge quadro sul sistema degli interventi e servizi integrati sociali e socio sanitari, prevede la comunicazione di avvio di attività, nella gamma, quindi, delle strutture residenziali a più lieve intensità assistenziale, votate per loro natura all'obiettivo del raggiungimento dell'autonomia. Se molto conosciamo delle realtà di vita quotidiane ed operative di questa esperienza, come abbiamo ascoltato anche nelle testimonianze, resta forse da indagare il fronte dei possibili cambiamenti in campo professionale. In altre parole sarebbe interessante approfondire se al rinnovarsi del contesto strutturale ed organizzativo che si è determinato attraverso l'esperienza degli appartamenti per l'autonomia corrisponde o meno una trasformazione della professione dell'educatore (che è la figura professionale cardine intorno alla quale ruotano queste esperienze). La circostanza di lavorare per saper individuare e sostenere le varie opportunità che possono essere utili al raggiungimento dell'autonomia da parte dei ragazzi, richiede agli operatori di saper bilanciare gli aspetti della protezione con quelli altrettanto determinanti della promozione personale, sociale e del contesto di vita e di relazioni nella sua interezza. L'intervento orientato alla promozione delle potenzialità della persona e alla connessione positiva tra queste e la comunità circostante rappresenta, del resto, la dimensione su cui si stanno calibrando i più innovativi programmi e progetti di welfare partecipato (basti pensare al già menzionato Programma P.I.P.I. o al Reddito di Cittadinanza).

È logico pensare che queste nuove sfide e questi contesti rinnovati del lavoro di cura possano determinare un'evoluzione delle professionalità di ambito sociale, socio educativo e socio sanitario che meriterebbe di essere rilevata ed analizzata.

# QUATTRO ANNI VISSUTI INTENSAMENTE

## PRONTO BADANTE 2016 - 2019: RISULTATI E PROSPETTIVE

*Claudia Barsanti, Pronto Badante Associazione Esculapio  
Alessandro Nobili, Istituto Mario Negri Milano  
Massimo Campedelli, Comitato scientifico Pronto Badante  
Elisa Brigiolini, Vicepresidente Coop21*

### **INTRODUZIONE**

Il progetto regionale "Pronto Badante - Interventi di sostegno e integrazione nell'area dell'assistenza familiare", è stato avviato in via sperimentale a marzo del 2015 sul territorio di Firenze e provincia e, a seguito degli ottimi risultati raggiunti, è stato esteso l'anno successivo a tutta la Toscana. Attualmente, dopo 3 fasi di sperimentazione annuale, effettuata a livello regionale (2016 - 2019), la Giunta Regionale Toscana ha approvato in data 21 gennaio 2019, con la delibera n. 66, la stabilizzazione degli interventi che sono stati avviati a fine marzo 2019.

Il Pronto Badante ha come obiettivo il sostegno alla famiglia con anziano convivente o all'anziano che vive da solo, nel momento in cui si presenta la prima fase di difficoltà dell'anziano, garantendo la copertura di questo delicato momento, in genere quasi totalmente scoperto, durante il quale la famiglia si trova a vivere una situazione di grave difficoltà che spesso impedisce di provvedere alle prime azioni necessarie (ad esempio: nel caso di rientro dell'anziano al proprio domicilio a seguito di dimissione dall'ospedale, nel reperimento delle informazioni e indicazioni sulle procedure per ottenere un servizio, su come e dove trovare specifici ausili, etc.). Tale intervento si propone altresì di contrastare la solitudine e il disagio delle persone anziane fragili e delle proprie famiglie promuovendo la socializzazione e l'integrazione sociale. Il progetto, con il coinvolgimento del Terzo settore, del volontariato e dei soggetti istituzionali presenti sul territorio, prevede l'intervento diretto di un operatore, presso l'abitazione della famiglia dell'anziano, in modo da garantirle un adeguato punto di riferimento per avere informazioni riguardanti i percorsi socio-assistenziali e un sostegno economico, una tantum, per l'attivazione di un rapporto di assistenza familiare con una/un badante.

Secondo il rapporto “Welfare e salute in Toscana” presentato a luglio 2019 l’allungamento della vita media in Toscana è ormai un dato di fatto da diversi anni, la Toscana risulta infatti essere una tra le regioni più anziane in Europa. Al 1° gennaio 2018 sono circa 943mila gli anziani ultra 64enni, 1 toscano ogni 4, con una progressiva crescita nel tempo delle classi di 75-84 anni e over84enni (grandi anziani), che rappresentano ormai 1 anziano su 2 (53%). Le donne, a conferma della loro longevità, rappresentano il 57% degli ultra 64enni e quindi, più spesso degli uomini, restano vedove e/o sole: oltre 1 anziano su 4 è vedovo, in media l’11% degli uomini e il 41% delle donne.

Continua la crescita della presenza anziana all’interno delle famiglie, i nuclei toscani con almeno un anziano presente (629mila all’ultimo censimento del 2011) e quelli composti soltanto da anziani, soli o ancora coniugati (396mila). Un dato più recente di fonte ISTAT, del 2015, indica circa 137mila nuclei toscani che hanno al proprio interno grandi anziani (over84enni).

Questo progressivo invecchiamento della popolazione si accompagna alla inevitabile crescita delle problematiche che pongono sempre più al centro il tema della sostenibilità dei sistemi socio-assistenziali e delle risposte al bisogno degli anziani e delle famiglie. La frammentazione delle reti familiari e del tessuto sociale rendono maggiormente acuti i problemi degli anziani che entrano in una situazione di fragilità e sempre più di scarsa autonomia. Ed è proprio nell’ambito di un percorso propedeutico allo sviluppo di un sistema integrato di interventi, volti a favorire l’innovazione e l’inclusione sociale e a consolidare la qualità del welfare territoriale, che la Giunta Regionale della Toscana ha approvato il progetto regionale Pronto Badante in grado di attivare nuovi modelli di sostegno e di convivenza, di costruire una rete capillare di relazioni all’interno del territorio capace di sostenere le famiglie con anziani nei momenti di crisi. Una rete che permetta alla famiglia e alla persona anziana risposte adeguate per rendere meno gravoso il peso della quotidianità, prevenendo l’isolamento e l’esclusione sociale di tutti i componenti.

Fin dal 2015 il progetto Pronto Badante è finanziato interamente con risorse regionali. I soggetti beneficiari degli interventi del Pronto Badante sono gli anziani conviventi in famiglia o gli anziani che vivono da soli che rientrano nelle seguenti condizioni:

- avere età uguale o superiore a 65 anni, la cui condizione di difficoltà si manifesta nel periodo di validità del progetto;
- risiedere in Toscana;
- non essere inseriti in un progetto di assistenza personalizzato (PAP), con interventi già attivati da parte dei servizi territoriali, rientrante nel sistema per la non-autosufficienza, di cui alla l.r. 66/2008.

È attivo il Numero Verde gratuito 800-593388 dedicato alla famiglia con anziano convivente o all'anziano che vive da solo per segnalare il proprio disagio. Il Numero Verde è attivo da lunedì a venerdì dalle 8 alle 19.30 ed il sabato dalle 8 alle 15. Il martedì dalle 14 alle 18 anche per consulenza in materia previdenziale e assistenziale. Successivamente a tale segnalazione segue la presa in carico dell'anziano e l'attivazione, nelle successive 24H massimo 48H, di un intervento di supporto e tutoraggio, attraverso l'invio di un operatore autorizzato presso l'abitazione dove risiede l'anziano in stato di difficoltà. L'operatore è in grado di informare e orientare la famiglia e la persona anziana sui servizi territoriali e sugli adempimenti amministrativi necessari, compreso la ricerca di un assistente familiare e di tutte le informazioni utili al miglioramento delle condizioni di vita all'interno dell'abitazione. L'azione di "Assistenza, informazione e tutoraggio" si svolge attraverso il rafforzamento di un modello di presa in carico domiciliare rivolta all'anziano in difficoltà, per il supporto alla famiglia di interventi di qualità che si propongono di soddisfare bisogni (sociali, socio-assistenziali, socio-sanitari) che si rendano necessari nel periodo di valenza dell'intervento e successivamente a questo. Tale attività si propone altresì di contrastare la solitudine delle persone anziane fragili e promuovere la socializzazione e l'integrazione sociale. La "presa in carico domiciliare" deve prevedere anche un monitoraggio costante da effettuarsi telefonicamente o tramite operatore a casa per la valutazione dell'andamento del bisogno e degli interventi effettuati, compreso l'attività di follow-up. Al fine di potenziare la socializzazione e l'integrazione sociale è necessario attivare e sviluppare una rete di protezione a supporto della famiglia e della persona anziana con il coinvolgimento del volontariato, dei soggetti del Terzo settore e di tutta la comunità. La persona anziana, qualora ricorrano le condizioni sopra indicate, è beneficiaria di una erogazione attraverso il libretto famiglia per il lavoro occasionale accessorio, per un importo complessivo di euro 300,00, una tantum, pari alla copertura di massimo 30 ore da parte di un assistente familiare, da utilizzare per le prime necessità. L'operatore autorizzato assiste la famiglia nella procedura telematica di INPS relativamente all'attivazione del rapporto di assistenza familiare. Inoltre l'attività di assistenza si esplica anche in un tutoraggio in itinere e una prima formazione "on the job" personalizzata, direttamente a casa dell'anziano, per aiutare la famiglia e l'assistente familiare nel periodo in cui viene attivato un primo rapporto di assistenza familiare. La scelta di erogare libretti famiglia, in sostituzione del tradizionale contributo in denaro, nasce dal fatto che questo tipo di intervento, essendo di natura temporanea per coprire la prima fase di disagio, vuol essere propedeutico alla successiva regolarizzazione contrattuale dell'assistente familiare. In ragione delle trasformazioni avvenute nell'organizzazione del mercato del lavoro e della famiglia, unite all'invecchiamento della popolazione, si è profondamente modificata l'organizzazione del lavoro di assistenza familiare; le famiglie ricorrono prevalentemente ad operatori privati individuati all'interno di un settore dove tradizionalmente vi è una forte componente di lavoro sommerso e spesso prestato da lavoratrici/lavoratori stranieri.

Il progetto Pronto Badante ha previsto pertanto il coinvolgimento degli enti del Terzo

settore, in quanto propedeutico allo sviluppo di un sistema sociale integrato proprio per la loro capillare diffusione territoriale, per l'importante valore che rivestono sul piano della promozione e della crescita della coesione sociale e per il radicamento nell'ambito socio-assistenziale toscano. Inoltre, il loro coinvolgimento è finalizzato al rafforzamento del volontariato e alla rete di coesione sociale che favorisce una pronta risposta ai bisogni degli anziani in situazione di difficoltà, attraverso l'orientamento verso tutti i servizi territoriali offerti dai soggetti pubblici e dagli altri soggetti presenti sul territorio.

Questo modello innovativo di governance ha permesso di attivare un sistema di rete che vede coinvolti attualmente 278 soggetti così costituiti:

- 123 Associazioni di volontariato
- 93 Cooperative sociali
- 27 Associazioni di Promozione Sociale
- 27 Patronati
- 8 Altri soggetti Onlus

Il progetto ha previsto inoltre il coinvolgimento dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS), per l'azione "Sostegno economico" avvenuto attraverso la stipula di apposita convenzione che ha permesso, fin dal primo anno di sperimentazione del progetto, l'attivazione di una nuova procedura telematica, all'interno del sito istituzionale di INPS, al fine di poter erogare alle persone anziane in difficoltà i libretti famiglia, che rappresentano un valido strumento di facile e rapida usufruibilità e che la loro attivazione è funzionale all'effettuazione di un regolare rapporto di lavoro occasionale tra l'anziano e l'assistente familiare, in quanto già comprensivo di oneri previdenziali INPS e assicurativi INAIL ed è propedeutico alla successiva stabilizzazione lavorativa dell'assistente familiare, attraverso la stipula di un contratto di lavoro regolare.

Il progetto "Pronto Badante" ha ottenuto importanti effetti positivi diretti, sia a vantaggio dei soggetti beneficiari dell'intervento, sia al sistema di welfare territoriale. Tra questi occorre segnalare:

- un laboratorio di sperimentazione che è riuscito a intercettare e soddisfare bisogni sociali su tutto il territorio regionale.
- la stretta integrazione e collaborazione tra Regione Toscana, Enti del Terzo settore (associazioni del volontariato, cooperative sociali, patronati etc.) e il sistema territoriale dei servizi pubblici;
- la sinergia e la collaborazione tra il volontariato e la cooperazione sociale nel

territorio toscano;

- la sperimentazione di nuove forme di welfare, attraverso le quali per la prima volta è il soggetto pubblico, attraverso la rete del Terzo Settore, a veicolare le informazioni sui percorsi socio-assistenziali, direttamente a casa dell'anziano in difficoltà;
- la rapidità nell'erogazione degli interventi di assistenza, orientamento e tutoraggio alle famiglie e agli anziani (massimo 48 ore), per dare loro un sostegno concreto e tempestivo in risposta a una situazione di difficoltà e disagio;
- la velocità nell'erogazione dei libretti famiglia all'anziano in difficoltà;
- la stretta collaborazione con l'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (INPS) che ha permesso di siglare un apposito atto convenzionale.

Il progetto ha ottenuto anche effetti positivi di tipo indiretto, legati soprattutto al rapporto di lavoro tra l'anziano (datore di lavoro) e l'assistente familiare (lavoratore), in quanto gli interventi prevedono un'attività di tutoraggio nella prima fase di attivazione del libretto famiglia e in itinere nel loro periodo di valenza.

Infine l'intervento rappresenta un valido strumento di facile e rapido utilizzo, per il suo carattere immediato e temporaneo (poiché finalizzato a coprire la prima fase di disagio), sostiene un'attività di lavoro regolare, in quanto il compenso alla prestazione è già comprensivo di oneri previdenziali Inps e assicurativi Inail, all'interno di un settore dove tradizionalmente vi è una forte componente di lavoro sommerso, spesso prestato da lavoratrici/lavoratori stranieri, e intende essere propedeutico alla successiva regolarizzazione contrattuale dell'assistente familiare.

#### Risultati Progetto sperimentale Pronto Badante attivo su Firenze e provincia periodo marzo 2015 - febbraio 2016

9.719 telefonate al Numero Verde  
1.408 visite effettuate a casa dell'anziano  
927 buoni lavoro (voucher) attivati

#### Risultati Pronto Badante Toscana 2016 - 2019 (3 anni di sperimentazione) periodo 1/03/2016 - 23/03/2019

oltre 56.000 telefonate arrivate al Numero Verde  
più di 19.000 visite effettuate a casa dell'anziano  
oltre 13.600 libretti famiglia/buoni lavoro erogati

#### Risultati Progetto Pronto Badante Toscana 2019 - 2020 approvato con DGR 66/2019 le attività del progetto sono partite il 25 marzo 2019 (dati aggiornati al 31/12/2019)

oltre 10.000 telefonate arrivate al Numero Verde  
più di 5.200 visite effettuate a casa dell'anziano  
oltre 3.100 libretti famiglia erogati



# RIFORMA DEL TERZO SETTORE, TRA RIPARTENZA NAZIONALE E REGIONALIZZAZIONE TOSCANA: QUALI SCENARI?

*Stefania Saccardi, Regione Toscana Assessore al Diritto alla salute, al welfare e all'integrazione socio-sanitaria e sport*

*Valeria Fargion, Il Mulino Direttrice di Politiche sociali/Social policies*

*Massimo Campedelli, Scuola Sant'Anna di Pisa Professional affiliate*

*Luca Gori, Scuola Sant'Anna di Pisa Coordinatore area di ricerca "Tessere"*

*Stefano Lomi, curatore Rapporto sul Terzo Settore in Toscana 2018/2019 - Osservatorio Sociale Regionale*

*Marco Mini, Forum Terzo Settore Toscano*

## **INTRODUZIONE**

Per chi si occupa di politiche di welfare le questioni del Terzo Settore rivestono importanza centrale. La situazione in cui si trova può essere riassunta nell'espressione che ha dato il titolo al numero 2 del 2019 della rivista Politiche sociali/Social Policies "In mezzo al guado" evidenziando che un pezzo del percorso di riforma è stato fatto ma, al contempo, è difficile prevedere l'esito che potrà avere, e non solo per gli innumerevoli atti ancora mancanti.

Di certo i cambiamenti politici nazionali degli ultimi 3 anni hanno visto susseguirsi Governi maggioranze - con visioni non coincidenti su quel che deve essere il ruolo del TS.

La sua presenza in Toscana è certamente significativa e di grande valore. Anche se, qui forse meno che altrove, non mancano i chiaroscuri.

Chi vive o studia tali realtà è consapevole delle problematiche presenti, sia interne tra le diverse componenti, che nel rapporto con le amministrazioni pubbliche, con il mondo del profit e, in particolare, finanziario. Basti pensare al potenziale conflitto che c'è tra il nuovo Codice del Terzo Settore che ne sottolinea le specificità e il Codice degli Appalti Pubblici che lo spinge a mettersi in competizione con aziende for profit.

**Tra ripartenza e regionalizzazione: una contestualizzazione**

Il focus è dedicato alla ripartenza nazionale della riforma del TS e alla contemporanea implementazione regionale. Ponendo attenzione a ragionare non solo sulla norma o sull'insieme di norme, ma sul significato e sulle implicazioni politico-culturali della riforma stessa e sulle strategie di posizionamento del mondo del TS nelle sue diverse articolazioni in tale contesto in trasformazione.

Di riforma del TS se ne parla più o meno da vent'anni. Lanciata con un messaggio molto forte nel 2014, il suo percorso è stato piuttosto frastagliato, espressione di una notevole fatica politica nell'affrontare i non pochi nodi implicati. La riforma è stata poi approvata nel 2016 e, successivamente, sono stati approvati alcuni importanti decreti. Ad oggi continuano a mancare elementi chiave, come ad esempio la complessa decretazione fiscale.

Nel frattempo, sono passati ben quattro Governi: Renzi, Gentiloni, Conte 1 e Conte 2. È doveroso quindi chiedersi quanto e come questo processo potrà essere portato a termine secondo le intenzioni iniziali e, sempre sul piano politico culturale, quali strategie stanno attuando o saranno spinti ad attuare.

A queste domande si deve dare una risposta articolata, che passa necessariamente anche attraverso altri quesiti.

Se gli ultimi dati ISTAT confermano che il numero degli enti non profit, nonché degli aderenti e degli occupati, continuano a crescere, al contempo in questi anni sono successe cose non irrilevanti dal punto di vista della loro legittimazione. Basti pensare a Mafia Capitale e alle ricadute sul mondo della cooperazione sociale; allo scontro istituzionale e giudiziario con le ONG che soccorrono i naufraghi del Mediterraneo; al caso di Bibbiano e al correlato delle comunità per minori gestite da cooperative o associazioni. In altri termini, a fronte di una crescita quantitativa, il TS è stato coinvolto in dinamiche fortemente destrutturanti la logica di solidarietà e di cultura del rispetto dei diritti di cui è espressione, segnali di profondi cambiamenti di contesto che si riverberano ovviamente sia sul processo politico e legislativo, che sulle organizzazioni interessate e nelle relazioni che queste hanno in essere.

Un secondo aspetto riguarda le dinamiche interne della rappresentanza, per così dire "orizzontale", al TS.

Con TS sono compresi attori giuridicamente molto diversi, che spesso tendono a rimarcare la loro diversità gli uni rispetto agli altri e risultano particolarmente restii a delegare la loro rappresentanza. Una possibile chiave interpretativa di questo mondo alquanto eterogeneo può essere quella che separa il TS "non imprenditoriale" da quello "imprenditoriale". Nei fatti, si fatica a riconoscersi accomunati. Dentro una tensione che si gioca, spesso retoricamente, tra identità valoriale e interessi economici. A conferma, basti pensare che, anche per la crisi in cui versa il welfare pubblico,

siamo sempre più in presenza di meccanismi concorrenziali tra questi diversi attori, indicatori di processi di ibridizzazione dei loro caratteri distintivi ma anche di utilizzi strumentali delle soluzioni che l'ordinamento prevede.

In terzo luogo, c'è un problema di rappresentanza "verticale". Nella introduzione al numero citato di Politiche sociali/Social policies, grazie alla disponibilità della società di sondaggi IPSOS (Luca Comodo, in particolare), è stato possibile presentare i dati sul comportamento elettorale nelle ultime elezioni europee del mondo del volontariato e, più in generale, del TS.

Sul totale aventi diritto di voto, aveva allora votato PD il 12,3%, M5S il 9,4%, Lega il 18,7%. Analizzando i donatori regolari (almeno una volta l'anno), aveva votato PD il 21,2%, mentre tra i donatori saltuari il 16,5%, tra chi partecipa ad attività associative il 22,8% e tra chi è impegnato nel volontariato sociale il 15,6%. Per quanto riguarda la Lega, a fronte del 18,7% dei votanti totali, i donatori calavano al 17,1%, i donatori saltuari al 15,5%, mentre chi faceva attività associativa cresceva al 19,8% ma, soprattutto, cresceva di ben 11 punti percentuali - 29,9% - chi faceva volontariato sociale. Le chiavi interpretative possono essere diverse, e non necessariamente alternative: quella della pluriappartenza culturale e politica; quella della volatilità del comportamento elettorale, determinata anche dalla qualità percepita della offerta politica che si riceve e quella della delegittimazione/perdita di valore della responsabilità elettorale. In ogni caso, due temi non possono essere elusi:

- la rappresentanza della dirigenza delle organizzazioni di TS (tendenzialmente orientata verso posizioni progressiste)
- la reale cultura interna alle stesse organizzazioni.

La PPAA. è al centro di rilevanti trasformazioni almeno dalla seconda metà degli anni 80. In questi 30/35 anni è cambiata in modo significativo tra contraddizioni, tensioni istituzionali e problemi di natura economica - specialmente nell'ultimo decennio - che hanno accentuato le logiche di controllo burocratiche anche a seguito del recepimento delle normative comunitarie. Ora, ed è il quarto elemento su cui riflettere, nel TS impegnato nel welfare, ovvero a stretto rapporto con la PPAA., non risulta essere emerso un pensiero adeguato alla complessità che attraversa questa transizione. Le conseguenze per le organizzazioni di TS, insieme al dover affrontare la burocratizzazione già richiamata, sul piano pratico sono molteplici. La crisi economica nel rapporto tra PPAA. e gestori di servizi a diverso titolo affidati possono essere considerati paradigmatici della problematicità di cui si sta parlando. Il rischio crescente è che ciò amplifichi ulteriormente in "un dialogo tra sordi" il rapporto tra PPAA e TS, in cui "io non capisco cosa succede a te, e tu fatichi a capire le conseguenze che si ripercuotono su di me, anche a causa del mio non capirti". Le conseguenze, merita sottolinearlo, ricadono su tutto il Paese, ovvero sulla qualità-effettività della cittadinanza sociale di tutti. Basti pensare che nelle organizzazioni non profit impegnate nell'ambito sanitario lavorano 180.000 persone, a fronte delle 600.000

occupate nel SSN e che nell'ambito sociale socio-assistenziale e socio-educativo, vi lavorano 300.000 persone, a fronte di circa 500.000 occupati totali nelle Regioni e negli EE.LL.

La Riforma del TS ripерimetra e differenzia gli enti non profit che possono assumere/assumeranno la qualifica di enti di TS - e quindi stabilire un rapporto tendenzialmente isomorfo con la PP.AA. - da quelli che rimarranno semplicemente senza scopo di lucro, come da Codice Civile. Sulla base della normativa approvata ad oggi, più o meno solo il 20% dei 350.000 enti non profit censiti da Istat rientrerebbero nel perimetro stabilito dalla Riforma, un 40% sarà escluso e un ulteriore 40% è collocabile nell'area grigia composta da chi deciderà di aderire o meno. In altri termini, ed è il quinto punto, di questo non profit che non diventerà TS, cosa succederà? Non solo per gli enti stessi, ma anche e soprattutto per la funzione che essi svolgono. Basti pensare alla crisi di socialità (fiducia negli altri, soddisfazione per le relazioni primarie/prossime, etc.) in crescita da diversi anni. Un pensiero e una prospettiva per questi attori di socialità, ovvero di coesione sociale, è quanto mai rilevante anche per ridurre i rischi, paventati da più parti, di una funzionalizzazione della Riforma ad esigenze di sola tenuta del welfare pubblico.

A partire dalla metà degli anni 70, il nostro, come molti altri paesi a welfare cosiddetto maturo, è alla ricerca di un assetto stabile, basato sulla sostenibilità economica, sulla equità e sulla appropriatezza ed effettività delle misure da garantire con il proprio sistema di protezione sociale. Il TS, in questa (ulteriore) transizione, è via via diventato un attore protagonista della stessa. Senza enfasi, si può affermare che insieme alle non poche contraddizioni sopra accennate, molte sue componenti hanno espresso istanze di innovazione, di personalizzazione, di cultura civica importanti. Non meno rilevanti sono state le proposte di policies elaborate e, in alcuni casi, poi recepite a livello legislativo nazionale, regionale e comunitario. Al contempo, però, non si può altrettanto affermare che nel suo insieme il TS sia stato in grado di esprimere un'idea capace di affrontare in modo adeguato i determinanti strutturali - demografici, economici, sociali, tecnologici, etc. - che guidano la transizione del welfare. Ovvero, capace di fare una lettura complessiva e prospettica di quanto sta avvenendo. Un solo dato. Si sostiene da più parti che nel nostro Paese la spesa per protezione sociale (sanità assistenza e previdenza) sia stata tagliata. In realtà è vero solo in parte. Tra il 2009 e il 2015, complessivamente, è aumentata di 4 punti percentuali circa. Nello stesso periodo, però, i Comuni hanno visto tagliare di oltre un terzo (da 12 a 8 miliardi) le risorse stanziare per la spesa assistenziale, e la sanità è rimasta sostanzialmente congelata (tra i 112 e i 115 miliardi) mentre è aumentata notevolmente la quota stanziata per le forme assistenziali per via monetaria, ovvero i sussidi, le pensioni assistenziali, e più in generale i trasferimenti monetari alle famiglie. Un pensiero sul welfare futuro che non sia basato su principi ma sia capace di misurarsi con le situazioni reali, le contraddizioni, le evidenze disponibili, è quanto mai necessario, anche dal punto di vista del TS.

## LA RIFORMA E LE SUE RICADUTE

La norma ha portato all'emersione e alla qualificazione di una parte significativa del TS. È altrettanto vero che il legislatore ha impostato il sistema di promozione e sostegno riferendosi esclusivamente a chi assumerà la qualifica con l'iscrizione al Registro Unico degli Enti di Terzo settore. Il problema di rapporto e relazione con chi rimarrà escluso o deciderà di non iscriversi è collegato alla difficoltà di attuazione della normativa approvata.

Due, in particolare, sono gli elementi maggiormente oggetto di discussione.

- Il primo riguarda il rapporto tra le attività di interesse generale e le attività diverse che un ETS potrà svolgere, insieme all'incertezza sul profilo fiscale degli enti TS - ancora in attesa di autorizzazione da parte dell'UE sul regime di favore. Come è facile comprendere si tratta di questioni non trascurabili per la funzionalità di tali enti e per l'efficacia/possibilità dei loro interventi.
- Il secondo rinvia al difetto di coordinamento della Riforma con il resto dell'ordinamento vigente.

La Riforma punta a tracciare un bilancio della lunghissima esperienza normativa precedente provando ad inquadrare ciascuna manifestazione del TS all'interno di una delle qualifiche declinate dal legislatore: tra TS imprenditoriale e non imprenditoriale, con e senza volontariato, che si basa sulla raccolta di fondi e/o che vive del rapporto con la PP.AA., etc. Linee di demarcazione tutte interne alla Riforma, la quale punta però ad offrire una visione e una qualifica unitaria che, a sua volta, deve coordinarsi con il resto dell'ordinamento vigente, e in particolare con la disciplina di derivazione europea dei rapporti tra TS e PP.AA. sintetizzata nel Codice dei Contratti Pubblici.

È necessario chiedersi se tale rapporto non possa essere declinato secondo criteri e indirizzi diversi, ovvero sulla base di orientamenti che considerino gli enti del TS portatori di una propria specificità radicata direttamente nella Costituzione. In forza di questa specificità, come fa il Codice del TS con gli artt. 55, 56 e 57, è possibile stabilire nuove modalità di relazione tra TS e PP.AA. che superino l'impostazione propria del Codice degli Appalti, l'idea della competizione per la concorrenza sul mercato, e introducano logiche collaborative tra EE.PP. e ETS, basate sulla co-programmazione e co-progettazione nella realizzazione degli interventi.

Da questo punto di vista, si può affermare che la Riforma non abbia centrato il suo obiettivo, e ciò che per ora manca è l'attività di ricucitura con il complesso della normativa di derivazione comunitaria. Siamo, di conseguenza, in presenza di una battuta di arresto della sua attuazione connessa all'imposizione di interpretazioni che ne riducono la novità e spingono a subordinarla agli indirizzi stabiliti dal Codice dei Contratti Pubblici. Una sfida decisiva, rispetto alla quale si è imposto almeno per ora un atteggiamento, contrario o silente, dei soggetti che a livello nazionale sono

deputati al governo di questo settore (Anac, Amministrazioni centrali, Legislatore).

Qui si colloca il possibile ruolo della regionalizzazione del Terzo Settore. Per comprenderlo in tutta la sua portata bisogna partire dal presupposto che gran parte delle attività che il legislatore qualifica di interesse generale ricadono nella competenza legislativa regionale, e quindi chiamano in causa l'autonomia politica di ciascuna Regione.

Il tentativo messo in atto da alcune di esse è quello di provare a superare tale impasse, impostando una normativa regionale in grado di configurare un nuovo assetto di rapporti tra Ts e PP.AA. Si tratta di una disciplina limitata alle sole materie di competenza regionale, che deve fare i conti con l'autonomia statutaria e amministrativa dei Comuni e degli EE.LL. e che, probabilmente, deve coordinarsi con disciplina di derivazione comunitaria. Rimane il dato che rappresenta un'occasione affinché le Regioni possano tornare ad acquisire un ruolo da protagoniste. Non è da escludere che ciò comporti poi un contenzioso di tipo costituzionale, da comprendere come opportunità per chiarire per via giurisprudenziale quale sia il concreto assetto di rapporti che si può instaurare tra TS e PP.AA. Un'occasione nella quale anche il TS è chiamato a giocare il proprio ruolo nel quadro del pluralismo costituzionale che caratterizza la nostra Carta.

Da tenere presente, infine, il segnale proveniente dalla giurisprudenza amministrativa, secondo la quale è riconosciuta la fondatezza della co-progettazione come strumento legittimo.

Su questi temi si misura il vero grado di maturazione dell'autonomia politica delle Regioni, sul modo cioè in cui esse intenderanno declinare il rapporto con il TS sia per la realizzazione dei servizi che, più in generale, nella concessione di beni immobili inutilizzati, o sulla possibilità di concedere vantaggi fiscali modulando gli interventi possibili nell'ambito della propria autonomia.

La modulazione regionale, peraltro, può evitare di percorrere vie neo-centraliste che per il TS rischiano di essere esiziali.

### **LA REGIONALIZZAZIONE DELLA RIFORMA IN TOSCANA**

In Toscana gli ETS sono circa 6.500, sul totale dei 27.000 non profit censiti da Istat. Tra essi, oltre 3.000 sono associazioni di volontariato iscritte nei Registri regionali, quasi 2700 associazioni di promozione sociale e circa 600 le cooperative sociali. Oltre il 70% del volontariato è impegnato nel sociale, sociosanitario e sanitario. Il 65% delle associazioni di promozione sociale è impegnato nelle attività culturali sportive e ricreative. Le coop sociali sono divise quasi equamente tra quelle di tipo A e di tipo B.

I 27.000 enti non profit impegnano, a diverso titolo, quasi 500.000 persone. Questo

significa che più o meno in ogni famiglia toscana sia presente una persona che si impegna nel non profit. In prevalenza sono attivi in ambito culturale, sportivo e ricreativo. Da considerare che le sole società sportive, ad oggi non coinvolte dal Codice del Terzo Settore, sono oltre 10.000. Inoltre, un 7% di tali enti operano nel sociale e nella protezione civile, e solo il 5% in sanità. Le percentuali di inclusi o esclusi dalla Riforma variano quindi anche per settori di intervento.

Nell'insieme si tratta di un mondo caratterizzato da un significativo radicamento territoriale. Praticamente in ogni borgo collinare o montano si può incontrare una Pro loco o un presidio della Misericordia/ Pubblica Assistenza, realtà vitali per quelle comunità locali.

La Regione Toscana da tempo ha riconosciuto e cercato di valorizzare questo grande patrimonio civico e di socialità. E, nei limiti della propria competenza, di individuare soluzioni fattive ad alcuni problemi che lo contraddistinguono.

Per esempio, in merito al differente riconoscimento professionale e contrattuale tra chi è dipendente di una amministrazione pubblica e chi invece di un ETS, pur a fronte delle medesime responsabilità. In una fase di grande trasformazione dei bisogni, grazie a TS e non profit e nonostante queste criticità, si sono realizzate azioni che hanno permesso, meglio e prima di quanto avrebbe potuto fare il servizio pubblico, di intercettare quei bisogni e di individuare risposte di valore. La Regione, al riguardo, ha deciso di fare del FSE un investimento sull'inclusione sociale, con progetti che hanno messo a disposizione dei territori figure professionali, chiaramente a tempo determinato, la cui innovazione professionale si sta riverberando nell'insieme del welfare regionale. Altri temi riguardano il contributo del volontariato individuale e la ricerca di soluzioni per ridurre i ritardi nei pagamenti della PP.AA. nei confronti dei gestori dei servizi sociali e sociosanitari.

Un secondo esempio riguarda il settore dell'emergenza urgenza, tra i più strategici delle politiche sanitarie. In Toscana rappresenta un impegno economico di oltre 97 milioni di euro ed è affidato ad associazioni di volontariato, con modalità che superano le procedure degli appalti pubblici. L'organizzazione che via via si è creata tra rete del volontariato di emergenza e servizio sanitario regionale risulta essere tra le più funzionali del nostro Paese. In termini di tempi di arrivo, di competenza professionale, di qualità del servizio, di integrazione tra personale volontario e personale del sistema sanitario. Si tratta di una integrazione che rappresenta un esempio di come si possono gestire in modo coordinato e co-programmato le azioni mettendo insieme pubblico e privato. È una scelta per certi versi contrapposta all'idea di privatizzazione, in cui la programmazione e il controllo sono fortemente e saldamente in mano pubblica, dove questi svolge un ruolo di governo e il volontariato contribuisce con il valore aggiunto di cui è portatore.

Più in generale, il dibattito sulla Riforma ha permesso di attivare una serie di attenzioni e impegni - legislativi, amministrativi e programmatori - che tendono, anche al

di là della sua futura implementazione normativa, a migliorare fin da ora il rapporto tra ETS ed EE.LL., in particolare sui seguenti punti.

La co-programmazione e la co-progettazione. Con il nuovo Piano triennale socio-sanitario regionale sono state identificate alcune modalità di coinvolgimento dei soggetti del TS che tengono conto delle indicazioni legislative ma anche delle pratiche che si sono sedimentate nel corso degli anni. In esso è stato sottolineato il ruolo culturale, politico, sociale del TS il quale è definito un "coinquilino del piano terra" del servizio pubblico per le attività sociali e delle nostre comunità. Una responsabilità puntuale non legata alla sola gestione quindi, sulla base della quale il TS è chiamato a una rivisitazione della propria mission, per rifocalizzare quegli aspetti che negli anni ha accantonato e per ricollocarsi al centro di una nuova programmazione chiamata a valorizzare quanto di positivo il TS ha innovato per il welfare toscano. Il Piano conterrà alcune schede operative, di cui una dedicata al TS, dove sarà specificato puntualmente il suo ruolo nella co-programmazione. Insieme al Piano è da richiamare la riforma della legge regionale sulla cooperazione sociale, in cui co-programmazione e co-progettazione sono state inserite quali elementi qualificanti la stessa, insieme alla obbligatorietà del riconoscimento del progetto di inserimento lavorativo per le coop B.

La valutazione di impatto sociale. Tenuto conto delle recenti Linee guida nazionali sul bilancio sociale e di quelle sulla valutazione dell'impatto sociale, si è posta la necessità di vedere come anche gli EE.LL. divengano protagonisti nell'uso di tale strumento così da evitare il paradosso che essi si trovino a leggere i risultati della valutazione d'impatto sociale dei servizi di cui sono responsabili attraverso la documentazione prodotta da un affidatario.

La concessione dei beni immobili. È già stato formulato un primo elenco di beni della Regione da mettere a disposizione degli enti del TS. La Regione ha inoltre integrato, portando ad un totale di circa 8/9 milioni di euro, i fondi nazionali destinati agli ETS, che verranno messi a disposizione indipendentemente dal rapporto in essere con le PP.AA.

La proposta di legge della Giunta regionale sul Terzo Settore è ora all'attenzione del Consiglio regionale. Tra le altre cose, si sviluppa ulteriormente la logica co-programmatoria e si stabilisce che una volta giunti alla fase di sintesi delle progettazioni presentate vi sia la possibilità di attuare un partenariato per la gestione delle attività con tutti i soggetti partecipanti.

Tale proposta, a sottolineare la scelta partecipativa della Regione stessa, recepisce i risultati della Prima Conferenza Regionale del TS svolta lo scorso anno, a cui intervennero circa 700 persone in molteplici gruppi di lavoro tematici, che realizzarono una serie di documenti su cui si è poi basata la proposta stessa.

# LA SALUTE NON GIOCA A DADI: CONTESTI EVIDENZE E METODI PER CONTRASTARE IL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO

*Andrea De Conno, Federsanità Anci Toscana*

*Mauro Soli, Federsanità Anci Toscana*

*Mauro Maccari, Responsabile Settore Organizzazione delle cure percorsi di cronicità  
Direzione diritti Cittadinanza e coesione sociale Regione Toscana*

*Simona Neri, Sindaco di Laterina, Pergine Valdarno. Referente Anci Toscana - Rete di contrasto al DAP. Rappresentante della Toscana nel Coordinamento Nazionale ANCI sul contrasto al Gioco d'Azzardo*

*Sabrina Molinaro, Coordinatrice dell'area "Epidemiologia e Promozione della Salute" di IFC- CNR Pisa - Coordinatrice di ESPAD (European School Survey on Alcohol and other Drugs)*

*Adriana Iozzi, Medico Psichiatra Psicoterapeuta, Direttore f.f. UFC SerD C, Zona 1 Firenze*

*Stefano Alemanno Società della Salute Firenze*



## INTRODUZIONE

Uno dei numerosi motivi per cui il "Ritorno del figliol prodigo" - opera di Rembrandt databile al 1668 e conservata presso il Museo dell'Ermitage di San Pietroburgo - è famosa, è l'elevato contenuto simbolico. Nel raffigurare l'abbraccio del padre al figliol prodigo, l'artista ha dipinto una mano maschile ed una femminile. Ed è proprio la peculiarità ad avermi spinto a scegliere quest'opera al fine di introdurre gli interventi dei relatori. Tra i numerosi partecipanti, molti sono coloro i quali hanno contribuito e contribuiranno attivamente alla stesura della programmazione regionale relativa al contrasto al gioco d'azzardo patologico. Andrea De Conno, Federsanità ANCI Toscana, ritiene che ciò di cui abbiamo bisogno nel programmare e progettare interventi su di una materia così delicata sia, metaforicamente parlando, una mano maschile ed una femminile. La mano maschile è rappresentata dagli impianti

normativi, dai regolamenti, dalle politiche e dagli aspetti che hanno a che vedere con il contrasto all'illecito, come il riciclaggio di denaro sporco e i collegamenti con la criminalità organizzata, la mano femminile simboleggia il prendersi cura, l'avere cura. Tenere insieme questi due aspetti, queste due mani così definite in maniera archetipica, sarà una "scommessa" e possiamo proporcela come modalità di lavoro anche per la stesura del prossimo piano.

Mauro Soli, Federsanità ANCI Toscana, aggiunge solo alcuni concetti per focalizzare l'attenzione sulla strategia adoperata nell'ideazione del piano. Sotto la regia di Angelo Alfano, ci si è basati su di un elemento fondamentale, trasversale a tutto l'approccio che in Toscana si ha nell'affrontare le differenti problematiche sociosanitarie: la centralità della persona. Questa centralità è declinata e mantenuta attraverso il ruolo che giocano due elementi cruciali: comunità e rete. Comunità e rete operano al fine di capacitare il territorio e le persone che lo abitano, capacitare i servizi, favorendo una sempre maggiore integrazione su problematiche che hanno una molteplicità di aspetti e quindi hanno una necessità di angoli di visuale completamente diversi. Una strategia di azione, in sintesi, che punta a creare un sistema di partecipazione diffuso, partendo dalle persone stesse che portano il loro bisogno e che fungono in qualche modo da "server", una strategia che punta con decisione sulla responsabilizzazione e su, ribadisco, la capacitazione dei cittadini. Ciò è oltremodo valido anche per i contesti comunitari, dove è necessaria una forte presa di coscienza rispetto a queste problematiche, che altrimenti corrono il rischio di rimanere confinate nell'approccio tecnico degli esperti o nella realtà delle famiglie e delle persone che ne sono colpite direttamente.

Un ruolo centrale riveste, a mio parere, la conoscenza, il sapere esperto prodotto su queste problematiche; questi disagi non sono mai statici, sono piuttosto in continuo mutamento e necessitano dunque di essere monitorati, esplorati nella loro progressione o comunque nel loro modificarsi. È altresì importante avere la piena consapevolezza di quello che è il percorso che avviene all'interno dei servizi per le dipendenze e di come questi servizi si rapportano non solo con la persona interessata ma anche con il resto della rete.

## **RINGRAZIAMENTI**

Mauro Maccari, Regione Toscana, Direttore Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale, Organizzazione delle cure e percorsi cronicità, ringrazia per l'invito di Federsanità Anci Toscana e approfitta per portare a voi tutti i saluti della Regione Toscana e della Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale. Non ruberò tempo alle relazioni che costituiscono il cuore di questo seminario, ma permettetemi almeno di sottolineare l'importanza della presenza a questa sessione del Forum Risk Management dedicata al Disturbo da Gioco d'Azzardo di diversi attori impegnati da anni su questo fronte, presenza che credo vada valorizzata, organizzando nel prossimo futuro un incontro a livello istituzionale perché si possa raccoglierne il contributo all'adozione di scelte necessarie a contrastare efficacemente il problema di cui oggi ci occupiamo.

Prendiamo le mosse da una consapevolezza: il disturbo da gioco d'azzardo è stato riconosciuto nei diversi consessi scientifici internazionali e nazionali come una patologia, una patologia importante, che richiede un livello di attivazione all'altezza del compito.

La Regione Toscana ha promosso rilevanti azioni di carattere legislativo, di programmazione e di strutturazione di percorsi assistenziali di evidente efficacia, nonostante alcune incongruenze nella gestione della tematica legata al gioco d'azzardo a livello nazionale. Perseguiamo l'obiettivo di continuare secondo l'approccio fin qui adottato, evitando azioni spot in favore di un processo di programmazione organico, supportato in questo momento anche da un buon livello di risorse e da una certa continuità nelle azioni.

Se da un lato questo ci permette di agire con maggiore efficacia, dall'altro ci impone la necessità di coordinare le diverse operatività sui territori e di creare reti d'intervento ben orientate che coinvolgano e integrino le azioni dei servizi Pubblici, con quelle degli Enti del Terzo settore, delle Università e degli Enti di Ricerca.

È necessario evitare sovrapposizioni e perdite di efficienza, lavorando sulle evidenze e su risultati misurabili con metodologie di provata efficacia sia ai fini della prevenzione che ai fini del trattamento della patologia.

Permettetemi di richiamare noi tutti alla necessità di porre in essere un confronto stringente.

Credo che adesso più che mai abbiamo bisogno di stare intorno ad un tavolo comune e condividere insieme gli obiettivi e le azioni da intraprendere: ne va della salute dei cittadini.

### **CONTRASTARE IL DAP: SVILUPPI E TENDENZE DEL FENOMENO E DELLE NORMATIVE DI CONTRASTO AL DAP**

Simona Neri apre la sessione come Sindaco del Comune di Laterina Pergine Valdarno e referente ANCI Toscana per le misure di contrasto al gioco d'azzardo.

Il lavoro che ANCI Toscana ha posto in essere nell'ultimo triennio, attraverso la costituzione di un tavolo tematico sul GAP, ha avuto l'obiettivo di integrare l'aspetto riguardante la produzione di normative a livello comunale per la regolamentazione del gioco, con lo sviluppo della normativa regionale e nazionale, cogliendo insieme, grazie anche all'apporto di Federsanità ANCI Toscana, gli aspetti di carattere prevalentemente sanitario connessi con le azioni di prevenzione, cura e presa in carico delle persone con disturbo da gioco d'azzardo patologico.

Si aggiunge la prospettiva della ricerca epidemiologica del fenomeno che reca la possibilità centrale per i Comuni, come per tutti i soggetti impegnati in questo lavoro, di misurare l'effetto delle policy messe in atto.

L'obiettivo infatti rimane quello di non agire con modalità "spot", ma operare con metodologie, azioni uniformi ed efficaci su tutto il territorio della Toscana, caratteristica principale del lavoro del tavolo tecnico ANCI Toscana che, prendendo a modello di riferimento il regolamento del Comune di Prato, ne ha curato il confronto e

la diffusione nei 273 comuni toscani cercando di creare regole e modalità uniformi ed efficaci di azioni che riguardassero tutti i cittadini e le cittadine toscane. Da qui si è peraltro sviluppato il percorso di collaborazione con Regione Toscana nella costruzione della legislazione regionale in materia.

Lo stesso approccio sta caratterizzando il contributo che ANCI Toscana e Federsanità ANCI Toscana hanno dato e stanno dando rispetto al Piano di Contrasto Regionale al Gioco d'Azzardo attualmente in corso e rispetto a quello di prossima implementazione.

All'Osservatorio Regionale sul Gioco d'Azzardo patologico è stato presentato un contributo con l'intento di sviluppare l'identificazione di direttrici di intervento atte a integrare le azioni progettuali svolte sui diversi territori zionali dagli attori pubblici, enti di ricerca, Università e enti del terzo settore.

Le linee proposte identificano le seguenti direttrici di intervento:

- Area degli interventi di comunità,
- Area della epidemiologia, ricerca, valutazione dei percorsi di cura, monitoraggio e valutazione delle azioni di piano,
- Area dell'empowerment delle reti dei servizi pubblici e privati e dei contesti istituzionali territoriali;
- Area dell'informazione e della comunicazione;
- Area della governance e del supporto alla programmazione regionale

La necessità di agire con coerenza ed efficacia deriva dallo studio dei dati relativi al saldo del gioco. Il saldo totale a livello nazionale descrive una crescita dai 19 ml del 2000 ai 107 ml di euro giocati nel 2018, con un incremento dell'incidenza del gioco patologico dallo 0,33% ad oltre l'1% della popolazione italiana: da quando utilizziamo i dati forniti dai Monopoli di Stato, osserviamo negli ultimi anni una crescita di 5 mld all'anno.

Guardando a questo quadro dal punto di vista di referente ANCI Toscana e ancor più per la carica istituzionale che ricopro, diventa molto difficile continuare ad affrontare nuove sfide: le iniziative che potevamo pensare, mettere in atto o veicolate sono state già affrontate. È indispensabile intervenire con misure di livello nazionale che non si limitino, come avvenuto, all'aumento del prelievo erariale unico (PREU) su AWP e VLT. In questo senso è come se lo stato decidesse di aumentare la sua dipendenza dal gioco così come aumenta la dipendenza dal gioco dei suoi cittadini.

La sfida che Comuni e Regioni dovranno fortemente lanciare all'Osservatorio Nazionale sul gioco d'Azzardo è quella della promulgazione di una legge quadro nazionale che, pur salvaguardando la necessaria autonomia dei Comuni, fornisca un

riferimento stabile e cogente all'intero settore.

Con Filippo Torrigiani, consulente della Commissione Antimafia in materia di gioco d'azzardo, da alcuni anni a questa parte ci troviamo ad affrontare il tema delle infiltrazioni mafiose: non ci sfugge il legame tra riciclaggio di denaro, cosiddetto gioco fisico, slot machine e video lottery (VLT).

La Toscana quest'anno è stata la prima regione per numero di indagini sul riciclaggio: conoscendo l'azione a vasto raggio propria delle mafie nell'attuale contesto economico, non può non allarmarci questo triste primato anche in connessione al gioco d'azzardo. La procrastinazione del percorso di aggiornamento delle Slot Machine da AWP ad AWPR ritarda l'installazione delle nuove macchinette a controllo remoto che permettono a loro volta maggiore possibilità di monitoraggio e, di conseguenza, maggior contrasto ai meccanismi di riciclaggio.

Ancora poco efficace è quanto previsto dal comma 569 della legge di bilancio che, al fine di rendere effettive le norme degli Enti locali che disciplinano l'orario di funzionamento degli apparecchi, a partire da luglio 2019 permette a Comuni ed Enti locali di rivolgersi all'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli per verificare l'effettiva applicazione delle ordinanze emanate sulle limitazioni degli orari da gioco relative agli apparecchi da intrattenimento: tale norma si applica infatti solamente alle VLT escludendo le slot machine di gran lunga più diffuse.

Infine si sottolinea la necessità di finalizzare e ricondurre a sintesi gli sforzi che, in diversi luoghi e con diversa valenza istituzionale, stanno esprimendo: coordinamento, metodo comune, rilevazione dell'efficacia delle policy e delle metodologie adottate. A questo scopo abbiamo in animo di proporre un confronto tra progetti e programmi attuati in Toscana attraverso un prossimo convegno che vorremmo tenere presso il CNR di Pisa.

Come ANCO abbiamo coordinato il lavoro di prevenzione che diversi soggetti del terzo settore stanno svolgendo nei contesti comunitari, nelle scuole, nei circoli associativi, nella rete del contrasto all'usura e abbiamo promosso percorsi formativi che hanno coinvolto i SUAP dei comuni e le polizie municipali. Ciò che osserviamo è che il confronto tra operatori, le reti territoriali, l'emergere e il confronto delle buone prassi permette di rendere efficace lo sforzo.

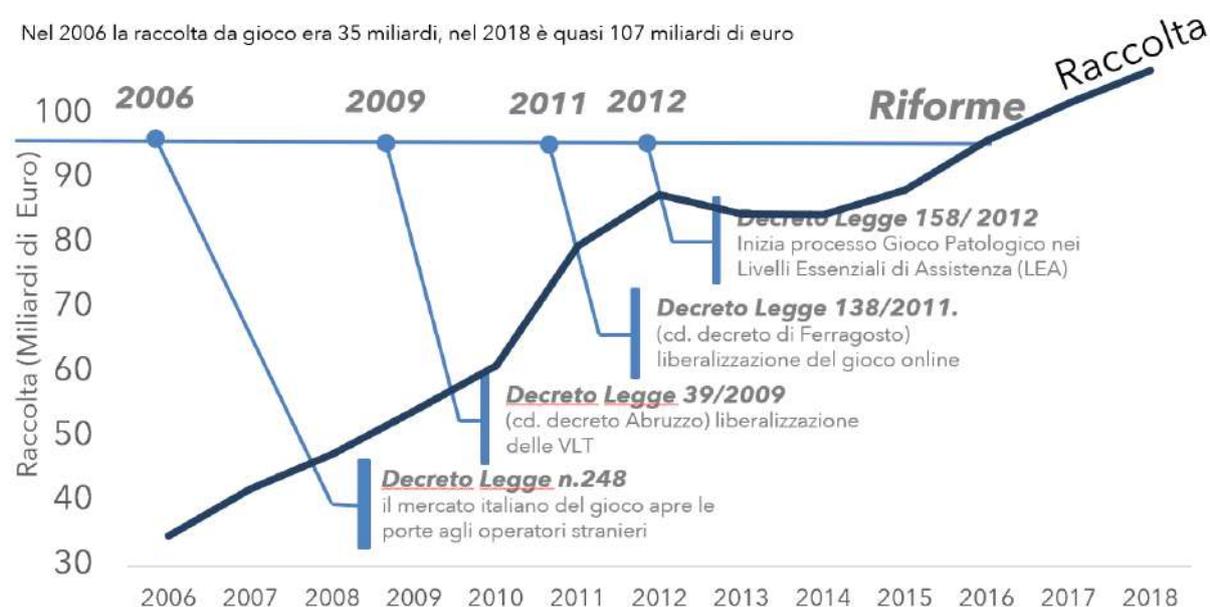
Ringrazio il gruppo tecnico di ANCI Toscana e Federsanità che supporta la presenza di tecnici dei servizi, del terzo settore, del Dipartimento Regionale, dell'Agenzia Regionale di Sanità, di Istituti di Ricerca e Università pronti al confronto promosso anche nell'ambito dell'Osservatorio Regionale sul Gioco d'Azzardo Patologico.

Consumi d'azzardo: epidemiologia del Disturbo da Gioco d'azzardo  
Sono stati finalmente rilasciati i dati del 2018 dall'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli, sulla cui analisi mi soffermerò. Purtroppo, relativamente al dettaglio comunale,

siamo riusciti ad avere solo i dati sul gioco fisico, mancano quelli sul gioco da remoto, però intanto è già importante vedere cosa sta succedendo nei nostri comuni rispetto a questo ambito. Vi presenterò lo studio GAPS, ossia lo studio che stiamo spedendo adesso a 30 mila cittadini toscani.

Infine, mi interesserebbe farvi vedere qualcosa rispetto a uno studio-caso che abbiamo fatto nella Regione Piemonte: abbiamo realizzato una ricerca sugli effetti delle restrizioni orarie utilizzando il questionario GAPS, esattamente quello che stiamo inviando qua in Toscana, ma facendo un campionamento forzato in modo da poter avere quello che nelle scienze sociali si chiama un quasi-esperimento, ovvero una sorta di studio caso-controllo. È interessante in quanto, ad oggi, è il primo studio in grado di dimostrare a cosa servono le restrizioni di apertura delle sale slot e, i risultati di questo studio sono stati determinanti nel confermare l'applicazione delle restrizioni anche con la giunta regionale insediatasi recentemente. Un risultato questo, a sostegno dell'importanza di questo tipo di monitoraggi, che ci ha dato grande soddisfazione.

Figura 1 - Raccolta (in Mld di euro) e principali cambiamenti normativi. Elaborazione CNR su dati AAMS.

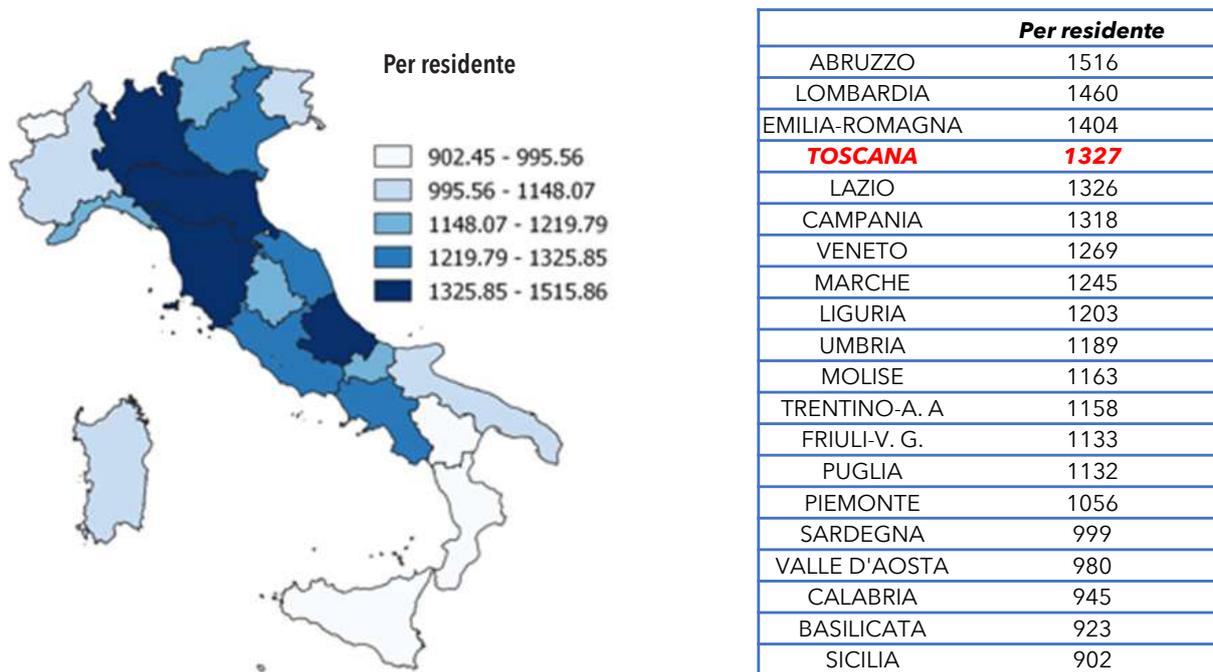


Dunque senza indugiare sulla tassonomia del gioco legale e illegale, torniamo a quanto detto da Simona Neri nell'intervento precedente, e cioè a quanto sia cresciuta la raccolta sul gioco d'azzardo negli ultimi dieci anni - in figura 1 è rappresentata la raccolta in Italia, e sono evidenziate le normative che di fatto hanno dato ogni volta una spinta - l'unica cosa che segnalo è che dal 2012 avevamo visto un plateau; si era cioè fermato l'incremento progressivo della raccolta e che ora pare sia tornato a

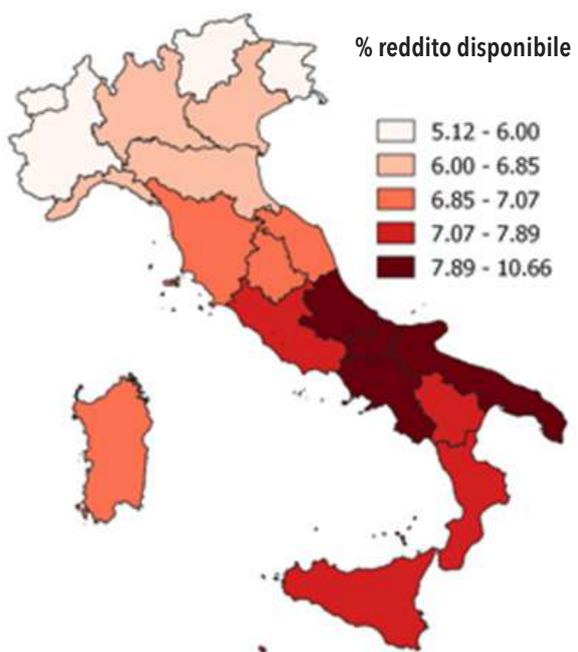
crescere. Vediamo nel dettaglio anche per quali categorie cresce. È proprio il gioco a distanza quello che ci sta facendo vedere una nuova impennata; questo potrebbe voler dire che siano state implementate nuove offerte di gioco e che il target si sia modificato. A conferma di tale ipotesi dai nostri studi emerge che sempre più donne giocano, anche online. Sembra infatti essersi specializzata molto l'offerta per il gioco online femminile.

L'analisi dei dati della raccolta ci dice che la Toscana è al quarto posto, con 1.327 euro pro capite per residente, raccolti in media per anno. Dato questo molto più esplicativo se pesato sulle percentuali di reddito disponibile, cioè quanto sono povere o ricche le popolazioni delle regioni. Nella figura 2 è possibile, infatti, vedere come si modifica il quadro quando invece di guardare banalmente la raccolta pro-capite andiamo a guardare la raccolta per reddito disponibile. Si nota bene come al primo posto balzi la Campania che se la andiamo a guardare nella raccolta per residente è in un altro posizionamento. Cosa vuol dire? In estrema sintesi questo dato ci dice che comunque sono le regioni povere che stanno pagando il prezzo del gioco d'azzardo.

Figura 2 - Raccolta pro capite e quota % di raccolta sul reddito medio disponibile pro capite nelle Regioni Italiane. Elaborazione CNR su dati AAMS e Demo.Istat.

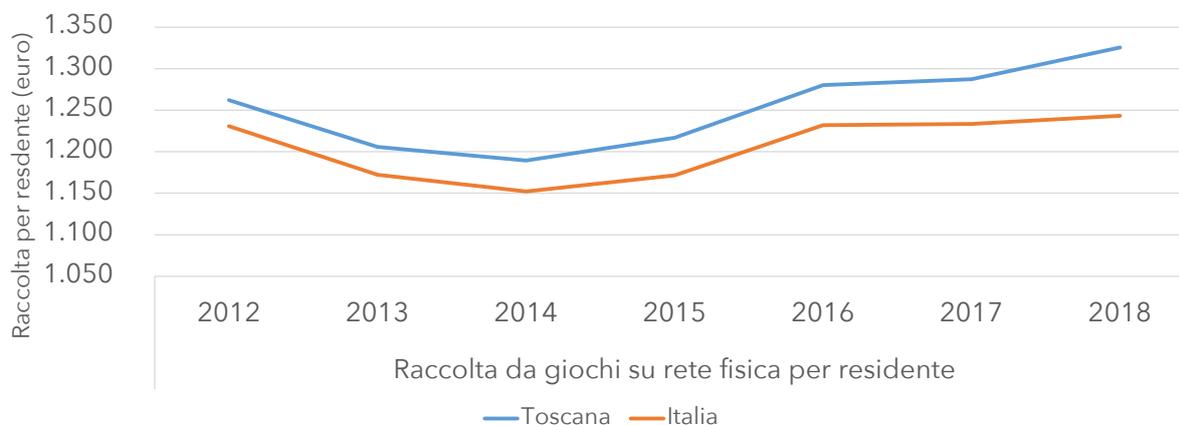


Inoltre, guardando al dato relativo alla raccolta su rete fisica per residente si vede come nel 2018 ci sia stato un leggero incremento anche per quanto riguarda la raccolta su rete fisica. Va detto comunque che di base questo dato è sostanzialmente stabile; la cosa che è interessante notare riguarda soprattutto la raccolta per apparecchi, rappresentata in figura 3 il dato Toscano risulta decisamente sopra la media nazionale.



% Reddito Disp.	
CAMPANIA	10,66
ABRUZZO	9,74
PUGLIA	8,51
MOLISE	8,42
CALABRIA	7,75
LAZIO	7,37
BASILICATA	7,19
SICILIA	7,14
<b>TOSCANA</b>	<b>7,02</b>
MARCHE	6,98
SARDEGNA	6,94
UMBRIA	6,86
LOMBARDIA	6,83
EMILIA- ROMAGNA	6,60
VENETO	6,57
LIGURIA	6,06
FRIULI-V. G.	5,76
TRENTINO-A. A.	5,38
PIEMONTE	5,33
VALLE D'AOSTA	5,12

Figura 3 - Raccolta pro-capite, Toscana e Italia, serie storica. Elaborazione CNR su dati AAMS e Demo. Istat.



I dati raccontano poi che in Toscana il gioco del lotto risulta essere inferiore alle medie nazionali, così come il bingo, con l'eccezione di Montecatini con una raccolta in media molto alta.

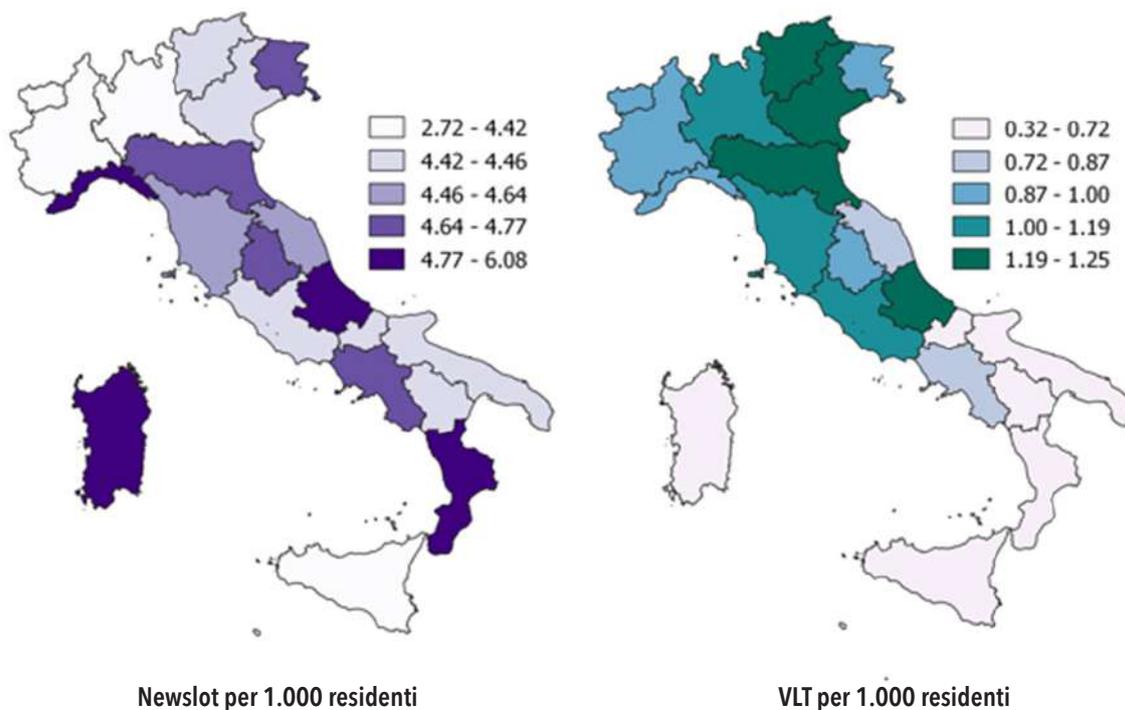
Come è messa la Toscana rispetto al numero di esercizi, al numero di macchinette per residente? La tabella 1 mostra come si trovi sopra la media sia per quanto riguarda il numero di esercizi con New Slot sia per quanto riguarda il numero di sale VLT. Il tasso toscano è di 0.93 contro il tasso che è a 0.82 per mille residenti nel resto d'Italia. Per quanto riguarda il numero di VLT siamo a 1.18 ogni mille residenti contro 0.94 ogni mille residenti del resto d'Italia. Questi sono tutti i dati analizzati a partire dai dati dell'AMS; è tutto materiale pubblico, da diffondere.

Tabella 1 - Numero di esercizi per le varie tipologie di gioco su rete fisica, Toscana e Italia. Elaborazione CNR su dati AAMS e Demo.Istat.

		Totale (Numero)		Per 1.000 residenti (Numero)	
		Toscana	Italia	Toscana	Italia
<b>Bingo</b>	N. Sale Bingo	11	203	0,003	0,003
<b>Giochi numerici a totalizzatore</b>	N. Punti Vendita	2.017	33.450	0,540	0,553
	N. Ippodromi	5	34	0,001	0,001
<b>Gioco a base ippica</b>	N. Negozio	180	2.959	0,048	0,049
	N. Punto	215	3.359	0,058	0,056
	N. Punto di Raccolta	27	609	0,007	0,010
<b>Gioco a base sportiva</b>	N. Negozi	162	3.127	0,043	0,052
	N. Punti	260	4.793	0,070	0,079
	N. Punti di Raccolta	55	2.453	0,015	0,041
<b>Lotterie</b>	N. Punti Vendita	3.956	61.726	1,059	1,021
<b>Lotto</b>	N. Ricevitorie	2.081	34.354	0,557	0,568
<b>Apparecchi da intrattenimento</b>	N. Esercizi con Newslot	3.980	62.894	1,065	1,040
	N. Newslot	17.299	263.322	4,629	4,354
<b>VLT</b>	N. Sale VLT	347	4.979	0,093	0,082
	N. VLT	4.439	56.967	1,188	0,942
<b>Comma 7</b>	N. Apparecchi	7.033	87.036	1,882	1,439

Vediamo come andiamo invece per il numero di New Slot per residenti: in questo caso è la Regione Sardegna ad essere al primo posto, probabilmente ha un problema con le New Slot. Per quanto riguarda il numero di VLT, noi insieme all'Emilia Romagna siamo fra le Regioni con il numero più alto pro capite di VLT. Infatti, Toscana, Emilia-Romagna, Trentino, Veneto sono le Regioni dove il numero di VLT per ogni mille residenti è superiore a 1.

Figura 4 - Numero apparecchi di intrattenimento per 1.00 residenti nelle Regioni Italiane. Elaborazione CNR su dati AAMS.



	<b>Newslet per 1.000 residenti</b>	<b>VLT per 1.000 residenti</b>
<b>SARDEGNA</b>	6,08	0,32
<b>ABRUZZO</b>	5,43	1,25
<b>CALABRIA</b>	5,20	0,65
<b>LIGURIA</b>	5,00	0,88
<b>FRIULI-V. G.</b>	4,71	0,89
<b>EMILIA-ROMAGNA</b>	4,68	1,20
<b>UMBRIA</b>	4,68	0,97
<b>CAMPANIA</b>	4,65	0,85
<b>TOSCANA</b>	<b>4,63</b>	<b>1,19</b>
<b>MARCHE</b>	4,61	0,80
<b>BASILICATA</b>	4,46	0,72
<b>MOLISE</b>	4,46	0,72
<b>PUGLIA</b>	4,46	0,72
<b>TRENTINO-A. A.</b>	4,44	1,19
<b>VENETO</b>	4,44	1,19
<b>LAZIO</b>	4,42	1,09
<b>LOMBARDIA</b>	4,40	1,03
<b>PIEMONTE</b>	2,98	1,00
<b>VALLE D'AOSTA</b>	2,98	1,00
<b>SICILIA</b>	2,72	0,44

Approfondendo sulla situazione dei Comuni toscani vediamo in tabella 2 come quest'anno Calenzano abbia superato Montecatini che storicamente è la cittadina dove la raccolta è più alta. La raccolta per residente a Calenzano è di 5.808 euro a residente mentre Montecatini si attesta a 5.785 euro pro capite. Sarebbe importante comprendere cosa abbia determinato un incremento così importante nella raccolta nel comune di Calenzano.

Tabella 2 - Primi 10 Comuni della Toscana in Raccolta per residente, Anno 2018. Elaborazione CNR su dati AAMS e Demo.Istat.

<b>Primi 10 comuni della Toscana in Raccolta per residente. Anno 2018</b>		
<b>Comune</b>	<b>Abitanti</b>	<b>Raccolta per residente (euro)</b>
<b>CALENZANO</b>	17914	5808.29
<b>MONTECATINI-TERME</b>	20540	5785.90
<b>LICCIANA NARDI</b>	4918	3683.37
<b>MONTERIGGIONI</b>	9937	3564.40
<b>PRATO</b>	193325	3546.34
<b>CAMAIORE</b>	32328	3093.44
<b>CARMIGNANO</b>	14663	2840.17
<b>GALLICANO</b>	3733	2631.89
<b>CHIUSI</b>	8558	2362.44
<b>PIEVE A NIEVOLE</b>	9209	2268.25

Elaborazioni su dati ADM e Demo.Istat

Così come abbiamo visto i comuni con una raccolta pro-capite più alta cediamo anche i comuni dove si raccoglie di meno. Il comune in Toscana con la raccolta più bassa è Fosciandora, in Garfagnana, dove si raccoglie per residente 0.56 euro. Per capire meglio cosa accade sarebbe importante avere accesso ai dati del numero di esercizi che vendono il gratta&vinci. Purtroppo, non è facile.

Tabella 3 - Ultimi 10 Comuni della Toscana in Raccolta per residente, Anno 2018. Elaborazione CNR su dati AAMS e Demo.Istat.

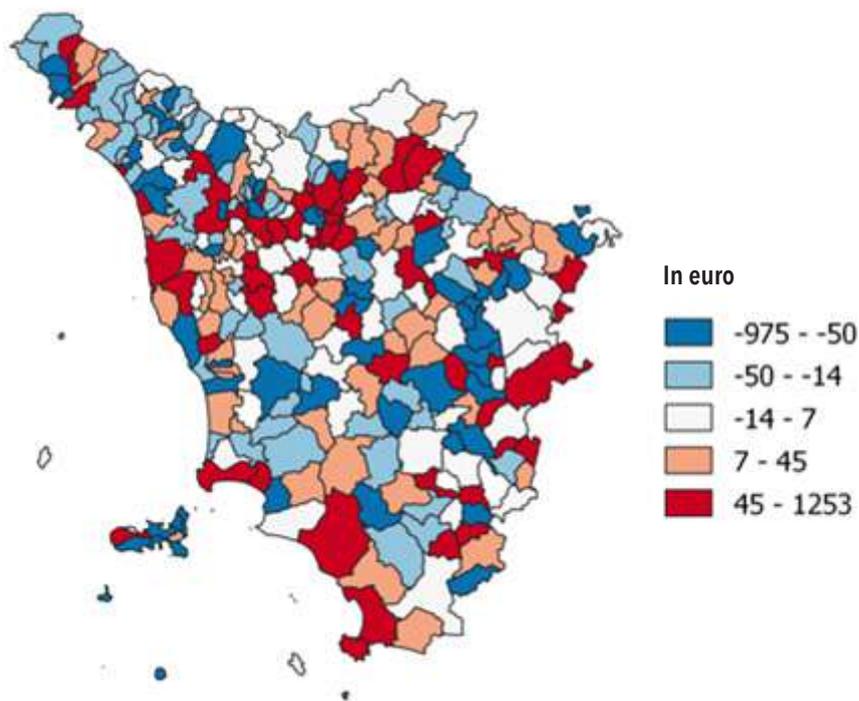
<b>Ultimi 10 comuni della Toscana in Raccolta per residente. Anno 2018</b>		
<b>Comune</b>	<b>Abitanti</b>	<b>Raccolta per residente (euro)</b>
<b>FOSCIANDORA</b>	584	0.56
<b>RADICONOLI</b>	935	22.71
<b>ROCCALBEGNA</b>	984	40.38
<b>RIO NELL'ELBA</b>	1083	43.01
<b>MARLIANA</b>	3174	43.87
<b>RIO MARINA</b>	2211	45.24
<b>CAREGGINE</b>	539	51.23
<b>MONTEMIGNAIO</b>	547	52.59
<b>CAPRAIA ISOLA</b>	405	54.19
<b>CASALE MARITTIMO</b>	1090	69.39

Elaborazioni su dati ADM e Demo.Istat

Ora, qui [nella slide] abbiamo cercato di analizzare nel dettaglio la situazione dei Comuni dove abbiamo visto crescere o diminuire particolarmente la raccolta. E quello che abbiamo visto è che appunto a Calenzano la raccolta per residente è aumentata in un anno di 1.253 euro rispetto all'anno scorso, quindi c'è stato un incremento abbastanza importante. A seguire il Comune che ha visto aumentare di più la raccolta è Pieve a Nievole. Mentre i Comuni dove la raccolta sembra essere diminuita di più sono Barberino Val di Pesa e Rio Marina.

È chiaro che questo dato si può vedere in numeri assoluti o in percentuale, comunque, in buona sostanza quello che è importante notare è che si tratta di un mercato molto dinamico. Anche la raccolta su rete fisica non è un mercato statico: a seconda del numero di sale slot che si aprono e che si chiudono o dei negozi in cui vengono ridotti gli orari di gioco, si può quindi modificare la raccolta nei Comuni.

Figura 5 - Raccolta per residente in Toscana, rete fisica. Trend 2017-18. Elaborazione CNR su dati AAMS e Demo.Istat.



Primi 5 comuni della Toscana in Aumento Raccolta per residente. Anni 2017-2018

Comune	Abitanti	Raccolta per residente (euro)
<b>CALENZANO</b>	17914	1253.17
<b>PIEVE A NIEVOLE</b>	9209	924.98
<b>CHIUSI</b>	8558	393.90
<b>CASTEL DEL PIANO</b>	4810	385.68
<b>SIGNA</b>	18901	303.20

Elaborazioni su dati ADM e Demo.Istat

Primi 5 comuni della Toscana in Riduzione Raccolta per residente. Anni 2017-2018

Comune	Abitanti	Raccolta per residente (euro)
<b>BARBERINO VAL D'ELSA</b>	4359	-975.39
<b>RIO MARINA</b>	2211	-654.02
<b>RIO NELL'ELBA</b>	1083	-609.31
<b>CARMIGNANO</b>	14663	-551.05
<b>LUCIGNANO</b>	3554	-464.98

Elaborazioni su dati ADM e Demo.Istat

Per quanto riguarda le lotterie il Comune con una raccolta più alta in Toscana, con una media di 339 euro pro-capite, è Castel Focognano, in provincia di Arezzo (figura 6). Mentre per quanto riguarda il lotto in cima alla lista c'è Marciana, seguita poi da Porto Azzurro, comune dell'Isola d'Elba (figura 7). Per quanto riguarda i giochi a totalizzatore numerico - ossia Euro Jackpot, Superenalotto e Win for life - in testa alla classifica c'è Forte dei Marmi (figura 8) mentre Montecatini si attesta come uno dei luoghi preferiti per quanto riguarda il Bingo, seguita da Monteriggioni, Camaiore eccetera (figura 9). Per i giochi a base sportiva Poggio a Caiano è al primo posto ma seguito subito da Montecatini Terme; per quanto riguarda la base ippica di nuovo Montecatini con il suo ippodromo. A Montecatini questa passione per le scommesse

si riconferma anche nelle scommesse virtuali (figura 10). Per quanto riguarda invece la raccolta per apparecchi, al primo posto è salita Calenzano dove bisognerebbe verificare se sia stata aperta una sala slot dato che in un anno si è verificato un incremento così importante. A Calenzano registriamo 5.422 euro di giocate pro-capite l'anno. Cifra alla quale contribuiscono di sicuro i cittadini dei comuni limitrofi.

Figura 6 - Primi 5 Comuni della Toscana in Raccolta Lotterie per residente, Anno 2018. Elaborazioni CNR su dati AAMS e Demo.Istat.

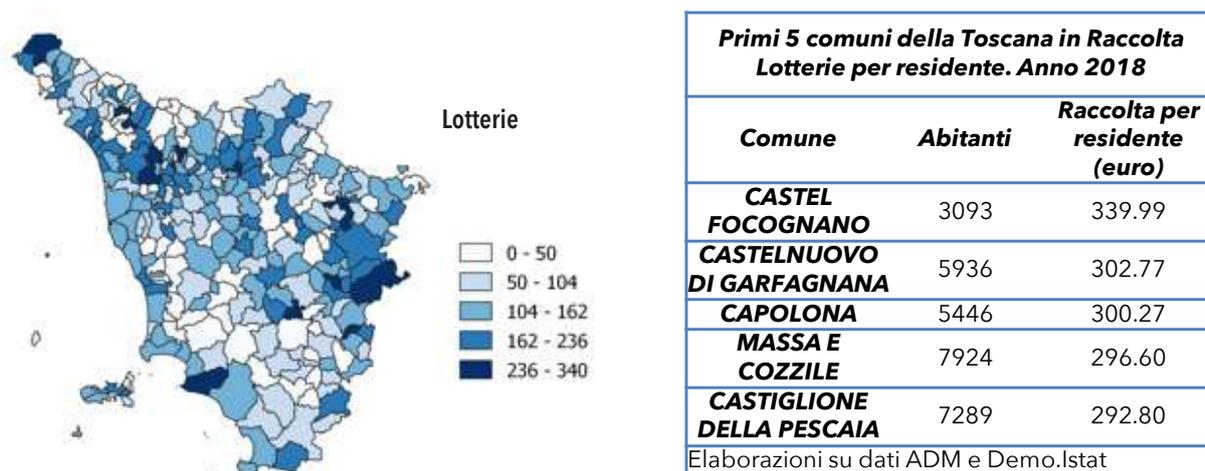


Figura 7 - Primi 5 Comuni della Toscana in Raccolta Lotto per residente, Anno 2018. Elaborazioni CNR su dati AAMS e Demo.Istat.

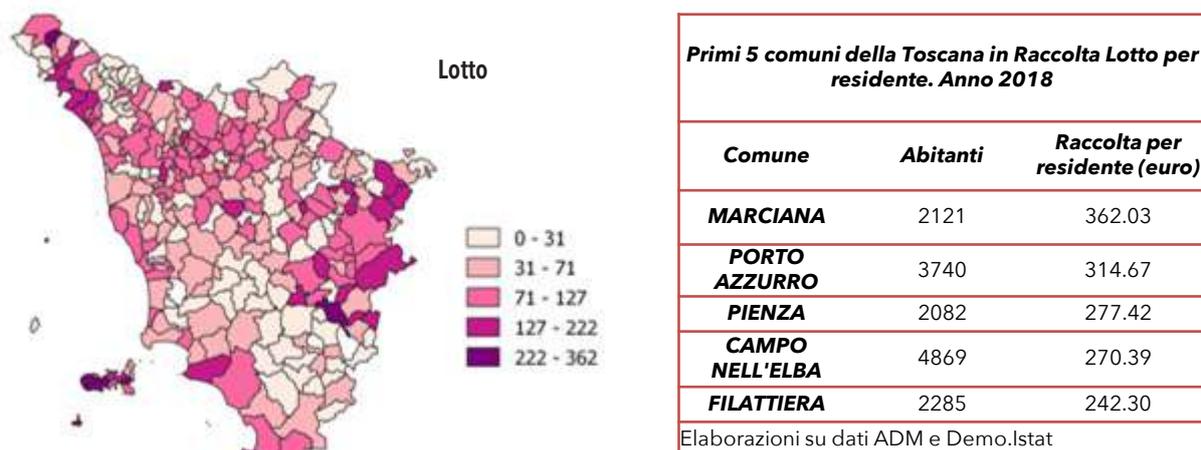
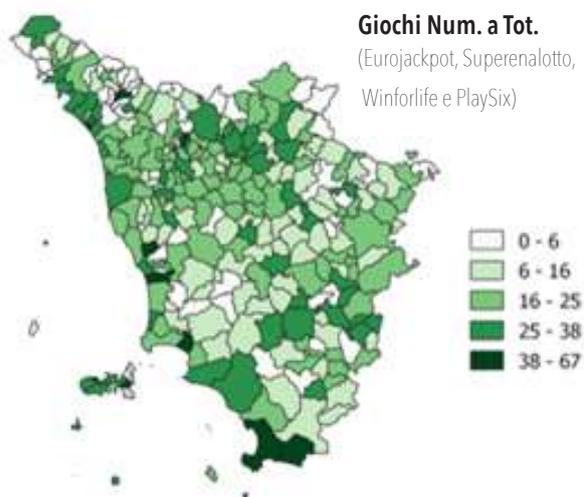


Figura 8 - Primi 5 Comuni della Toscana in Raccolta Giochi numerici a totalizzatore per residente, Anno 2018. Elaborazioni CNR su dati AAMS e Demo.Istat.

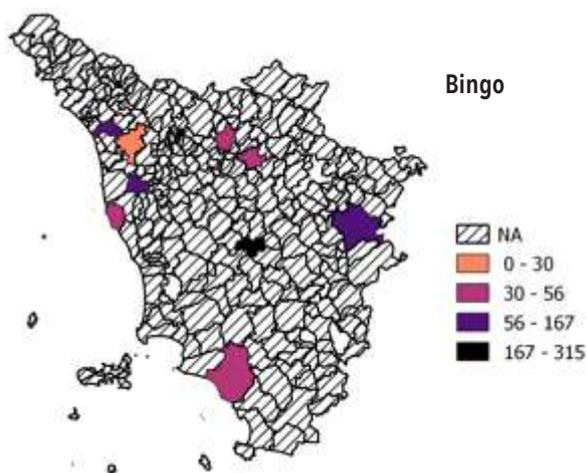


**Primi 5 comuni della Toscana in Raccolta GNT per residente. Anno 2018**

Comune	Abitanti	Raccolta per residente (euro)
<b>FORTE DEI MARMI</b>	7335	67.49
<b>MARCIANA MARINA</b>	1966	64.70
<b>MONTECATINI -TERME</b>	20540	51.53
<b>BIBBONA</b>	3224	46.94
<b>CAPALBIO</b>	4078	46.36

Elaborazioni su dati ADM e Demo.Istat

Figura 9 - Primi 5 Comuni della Toscana in Raccolta Bingo per residente, Anno 2018. Elaborazioni CNR su dati AAMS e Demo.Istat.

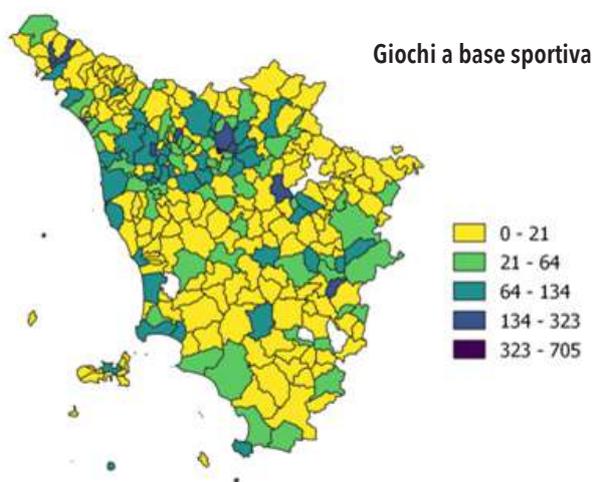


**Primi 5 comuni della Toscana in Raccolta Bingo per residente. Anno 2018**

Comune	Abitanti	Raccolta per residente (euro)
<b>MONTECATINI-TERME</b>	20540	314.53
<b>MONTERIGGIONI</b>	9937	310.51
<b>CAMAIORE</b>	32328	167.46
<b>CASCINA</b>	45212	109.95
<b>AREZZO</b>	99419	90.68

Elaborazioni su dati ADM e Demo.Istat

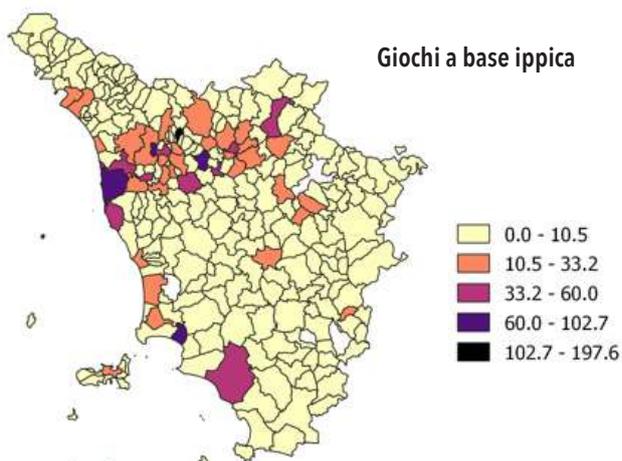
Figura 10 - Primi 5 Comuni della Toscana in Raccolta per Giochi a base sportiva, Giochi a base Ippica, Scommesse Virtuali per residente, Anno 2018. Elaborazioni CNR su dati AAMS e Demo.Istat.



**Primi 5 comuni della Toscana in Raccolta Sportiva per residente. Anno 2018**

Comune	Abitanti	Raccolta per residente (euro)
<b>POGGIO A CAIANO</b>	10048	705.20
<b>MONTECATINI-TERME</b>	20540	322.82
<b>VILAFRANCA IN LUNIGIANA</b>	4727	281.96
<b>PORCARI</b>	8904	228.85
<b>PRATO</b>	193325	192.86

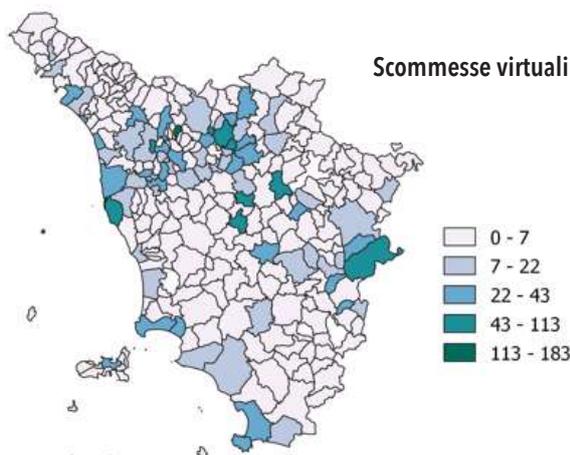
Elaborazioni su dati ADM e Demo.Istat



**Primi 5 comuni della Toscana in Raccolta Ippica per residente. Anno 2018**

Comune	Abitanti	Raccolta per residente (euro)
<b>MONTECATINI-TERME</b>	20540	197.63
<b>PORCARI</b>	8904	102.69
<b>VINCI</b>	14650	95.25
<b>FOLLONICA</b>	21308	71.69
<b>PISA</b>	90118	70.34

Elaborazioni su dati ADM e Demo.Istat



**Primi 5 comuni della Toscana in Raccolta Scommesse Virtuali per residente. Anno 2018**

Comune	Abitanti	Raccolta per residente (euro)
<b>MONTECATINI-TERME</b>	20540	182.97
<b>PORCARI</b>	8904	113.44
<b>FIGLINE E INCISA VALDARNO</b>	23460	84.32
<b>POGGIBONSI</b>	29031	71.48
<b>TAVARNELLE VAL DI PESA</b>	7753	64.04

Elaborazioni su dati ADM e Demo.Istat

Quelli mostrati in tabella 4 sono i Comuni che partecipano allo studio GAPS cioè quelli a cui stiamo spedendo circa 30 mila questionari. Dei 30.000 spediti ci aspettiamo di averne indietro 10.000.

Tabella 4 - Comuni selezionati per partecipare allo studio GAPS, suddivisi per Provincia, popolazione residente e numero di residenti campionati.

<b>Provincia</b>	<b>Comuni Selezionati</b>	<b>Popolazione Residente</b>	<b>Residenti Campionati</b>
<b>AR</b>	11	222152	2800
<b>FI</b>	14	688104	5800
<b>GR</b>	6	138858	2000
<b>LI</b>	7	285005	3100
<b>LU</b>	9	277899	2900
<b>MS</b>	5	155280	1800
<b>PI</b>	11	233396	4400
<b>PO</b>	4	231578	1200
<b>PT</b>	7	190424	2100
<b>SI</b>	9	160067	3100
<b>Tot</b>	<b>83</b>	<b>2582763</b>	<b>29200</b>

Nel 2020 abbiamo in programma di ripetere lo studio nazionale IPSAD in modo che tutti gli studi che stiamo facendo a livello regionale possano avere un confronto nazionale.

Le informazioni che riusciremo a rilevare dallo studio GAPS Toscana relativamente a quanto si gioca sono: quando si gioca, quante ore si gioca, quali sono le caratteristiche dei giocatori. I dati saranno incrociati con i livelli di rischio legati al gioco. In altre parole, nel questionario c'è una scala, chiamata CPGI - *Canadian Problem Gambling Index*, grazie alla quale andiamo a individuare i giocatori problematici e quelli che hanno un profilo di rischio per la dipendenza. Andiamo poi a stratificare per i profili di rischio.

Ciò che emerge è che le persone che ricadono in un profilo di rischio più alto, cioè coloro che rischiano di diventare dipendenti, hanno delle caratteristiche peculiari. In sintesi, questi soggetti appaiono più legati rispetto agli altri al "pensiero magico". Abbiamo chiesto ai nostri rispondenti "quanto pensi che sia possibile diventare ricco giocando d'azzardo" e se il 38% degli italiani ci ha risposto "è impossibile" quando poi andiamo a fare la stratificazione per i livelli di rischio, si nota bene come si abbassa la percentuale di coloro che pensano sia impossibile diventare ricchi giocando d'azzardo: tra i soggetti con rischio moderato o grave solo il 22% ci dice "è impossibile". Inoltre, il 35% dei soggetti con un profilo di rischio moderato o grave pensa che sia possibile diventare ricchi giocando se si è bravi. Dopo gli chiediamo anche "in quali giochi pensi che la bravura abbia un peso" ed emerge come l'8 e il 6% rispettivamente delle persone con profilo di rischio grave o moderato rispondono

che "è probabile diventare ricco giocando se sei bravo a giocare alle slot machine". C'è anche un 2% che dice che puoi diventare ricco se sei bravo a fare i gratta&vinci, ma questa è un'altra storia<sup>1</sup>.

Tabella 5 - Sintesi della posizione dei rispondenti, suddivisi per grado di rischio, sui principali indicatori relativi al pensiero magico.

	T	nessun rischio	rischio minimo	rischio moderato/severo
<b>"Secondo te c'è qualcuno che riesce a diventare ricco giocando d'azzardo?"</b>				
<i>impossibile</i>	38,6	35,1	24,9	22,3
<i>sì se bravo</i>	22,5	20,4	29,9	35,4
<i>sì se fortunato</i>	31,9	37,9	36,6	29,4
<i>sì se bravo + fortunato</i>	7,0	6,7	8,6	13,0
<b>"Secondo te, in quali di questi gruppi di giochi conta anche l'abilità del giocatore?"</b>				
<i>Gratta&amp;Vinci/10 e lotto/Win for life</i>	0,6	0,5	1,5	1,8
<i>Lotto/Super Enalotto</i>	1,9	2,0	1,9	2,1
<i>Totocalcio/Totogol/scommesse sportive e altri eventi</i>	36,0	31,9	59,1	57,9
<i>Videolottery/slot machine</i>	3,3	3,2	3,9	8,6
<i>Poker texano/altri giochi con le carte</i>	61,7	62,6	67,9	72,1
<i>Bingo</i>	1,6	1,7	---	2,1
<i>Nessuno di questi</i>	28,6	29,8	17,9	9,5
<b>Situazione complessiva di gioco riferita (ultimo anno)</b>				
<i>in pari</i>	48,0	46,9	31,0	27,1
<i>in rosso</i>	40,1	41,8	54,0	62,3
<i>in attivo</i>	11,9	11,3	15,0	10,6

T=totale

<sup>1</sup> Profili definiti sulla base del test di screening CPGI (Ferris, Wynne, 2001a; b; Colasante et al., 2013)

Passando al caso Piemonte, ritengo che questo studio farà un gran rumore una volta che si sarà diffuso a sufficienza. In Piemonte nell'agosto 2016 è stata approvata in via definitiva una legge regionale che in estrema sintesi prevedeva l'applicazione di due misure: il timing cioè la restrizione oraria del funzionamento degli apparecchi di gioco, e il zoning, l'obbligo di adeguamento delle distanze dai luoghi sensibili. Ma la cosa realmente innovativa rispetto alle politiche attuate in passato da altre Regioni è stata la retroattività di tali misure, alle quali si sarebbero dovuti adeguare anche tutti gli esercizi già in attività. Nonostante il grande dibattito che si è generato attorno alla questione, alla fine, la legge è stata approvata. Poiché non tutti i Comuni si sono realmente adeguati emettendo delle ordinanze, noi abbiamo fatto un lavoro certosino contattando ad uno ad uno tutti i Comuni piemontesi con più di duemila abitanti, per sapere se avessero fatto o non fatto un'ordinanza. Successivamente abbiamo studiato come le ordinanze si distribuivano in cifre: 121 Comuni avevano emesso un'ordinanza che limitava il funzionamento delle macchine a massimo 10 ore giornaliere, 84 limitavano il funzionamento alle fasce orarie 14-18 e 20-24, i restanti avevano regolamenti meno restrittivi.

1 Per un approfondimento, si veda l'articolo XXX di recente pubblicazione sul Review of Economics of the Household.

Abbiamo quindi campionato un gran numero di Comuni, e siamo andati ad osservare le prevalenze regionali.

Quando lo studio è partito la legge era stata approvata da circa un anno, c'erano quindi già molti Comuni che stavano operando le restrizioni, e probabilmente anche grazie a tutto il lavoro pregresso di sensibilizzazione sulla tematica, nella Regione Piemonte abbiamo osservato dei livelli di gioco relativamente più bassi in tutte le fasce d'età, sia per i maschi che per le femmine, rispetto al resto del Paese.

La situazione è risultata analoga per quanto riguarda il gioco on-line fra i giovani, mentre nelle popolazioni adulte abbiamo registrato una migrazione verso il gioco online; probabilmente il poter giocare meno on-site su determinate fasce d'età, e nello specifico come si nota in figura 11 nella fascia 25-44 dei maschi e in generale le donne, ha determinato un incremento nell'online.

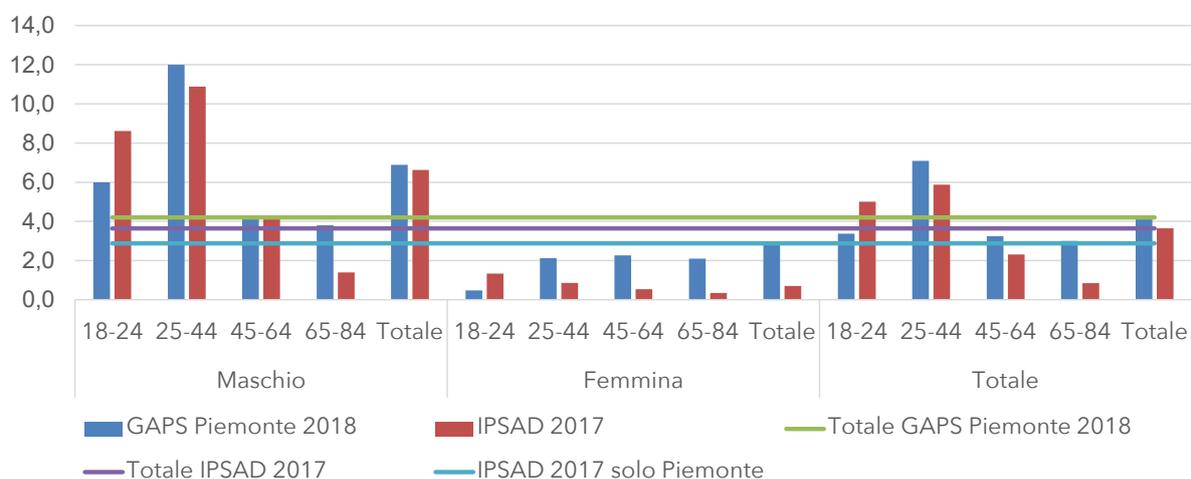


Figura 11 - Prevalenza gioco on-line in Piemonte negli anni 2017 e 2018 per sesso e fascia d'età.

In Piemonte il gratta&vinci è la modalità di gioco con maggiore successo, mentre per quanto riguarda le scommesse sportive e le scommesse su altri eventi la prevalenza di gioco è minore.

In figura 12 abbiamo tutti i Comuni che abbiamo campionato in Piemonte, i quali hanno partecipato secondo un disegno di studio che ci consentiva di dividerli in Comuni dove era stata applicata la restrizione degli orari di funzionamento delle macchine e Comuni dove non era stata applicata. In questo modo ci era possibile confrontare cosa accadeva da una parte e dall'altra.

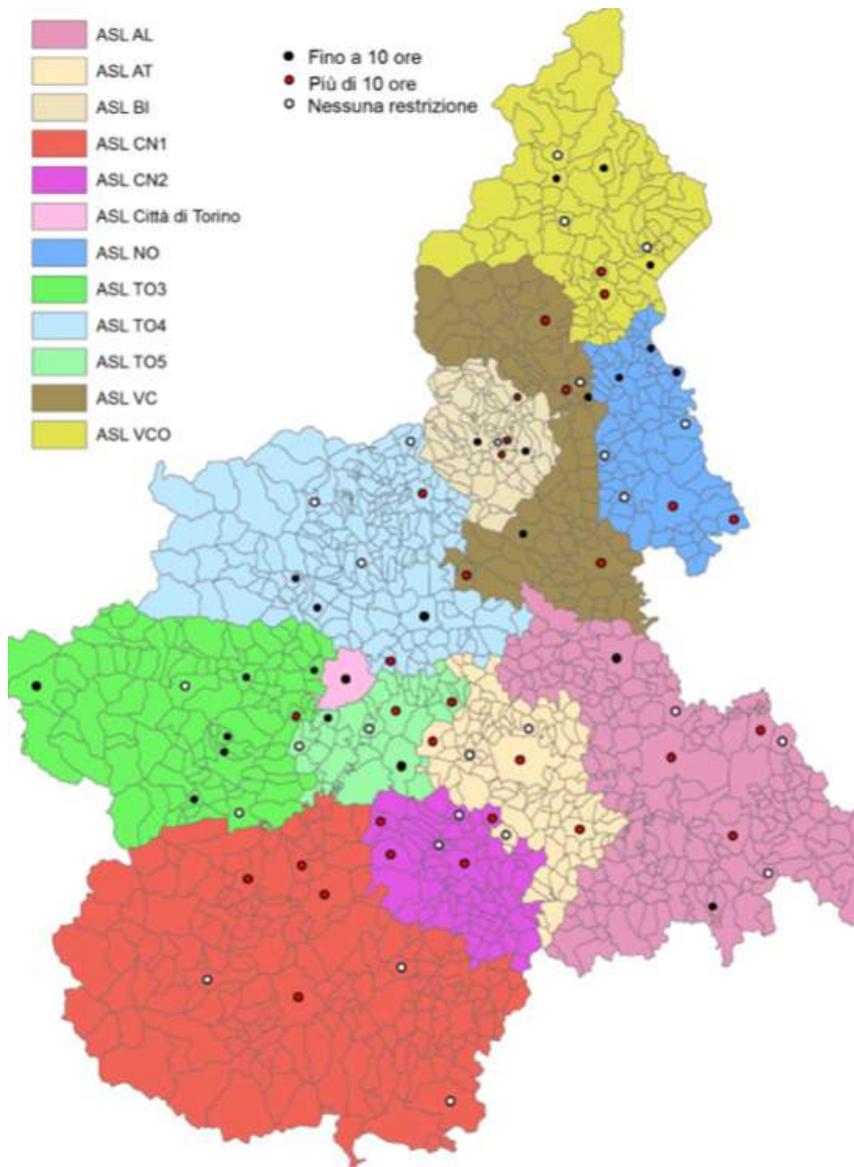


Figura 12 - Comuni campionati in Regione Piemonte, per ASL di riferimento e per tipologia (restrizioni orarie fino a 10 ore, più di 10 ore e nessuna restrizione).

Il dato forse più interessante è relativo all'andamento generale del gioco problematico: dalla figura 13 si nota come in Piemonte ci sia anche una prevalenza più bassa di giocatori con profilo di rischio elevato. Il dato è importante perché rappresenta l'unico modo per capire se effettivamente questo tipo di restrizione abbia effetti anche sul gioco problematico o incida soltanto sul volume di gioco e sul numero di persone che giocano. Abbiamo osservato anche come la percentuale di persone con disturbo severo per il gioco d'azzardo appaia essere più bassa rispetto al resto d'Italia.

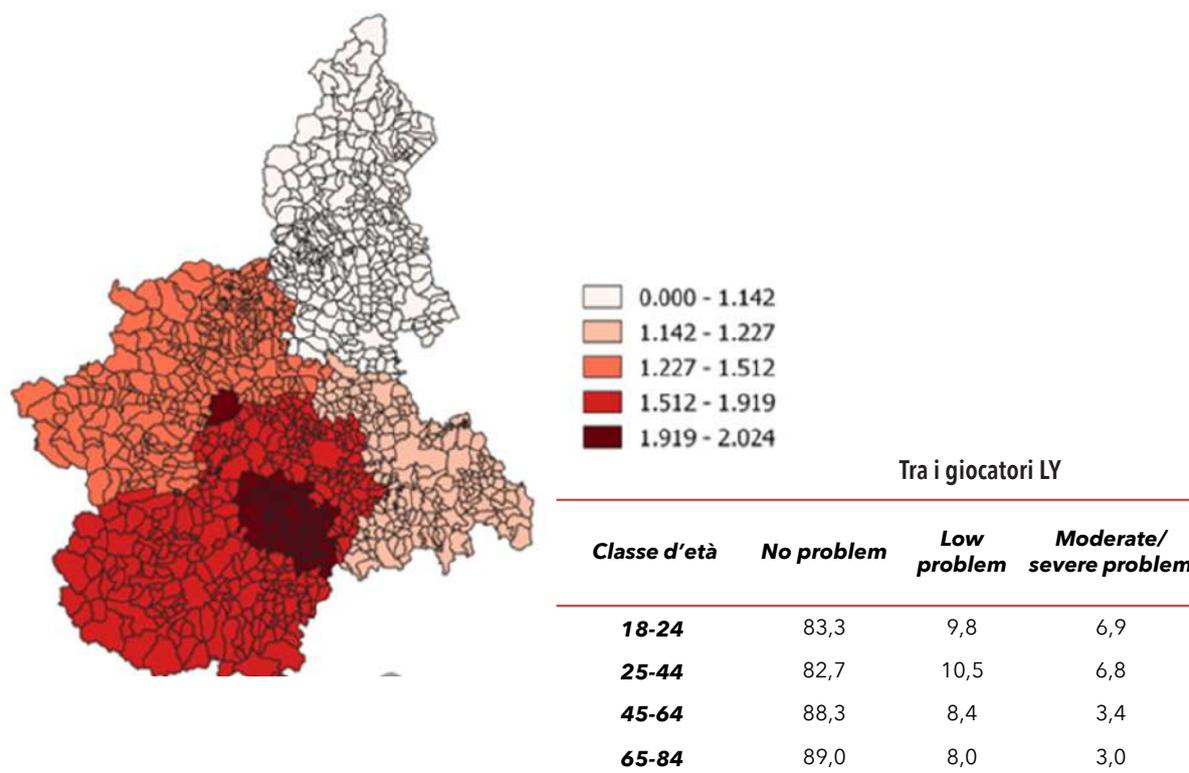


Figura 13 - Distribuzione dei profili di rischio in Piemonte.

I comuni sono stati divisi in:

- gruppo 1, Comuni con funzionamento massimo delle macchine inferiore a 10 ore;
- gruppo 2, Comuni con funzionamento massimo delle macchine superiore a 10 ore e Comuni senza restrizioni.

Non è stato necessario operare una distinzione nel secondo gruppo poiché abbiamo osservato che le restrizioni orarie che riducono solo in minima parte il tempo di gioco non producono alcun effetto.

In figura 14 in blu troviamo il gruppo 1; si nota bene come la prevalenza di gioco nell'ultimo anno (last year) sia on-site che on-line è minore rispetto all'altro gruppo. I dati sono tutti significativi.

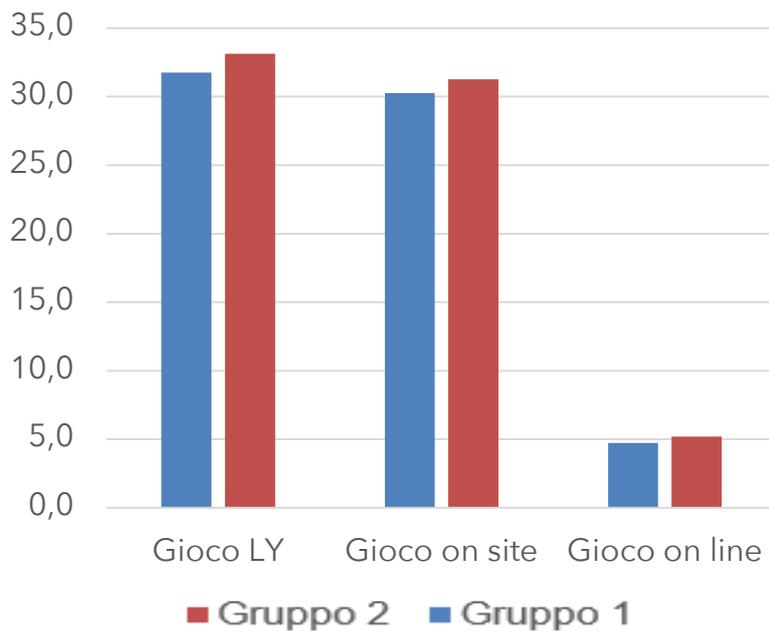
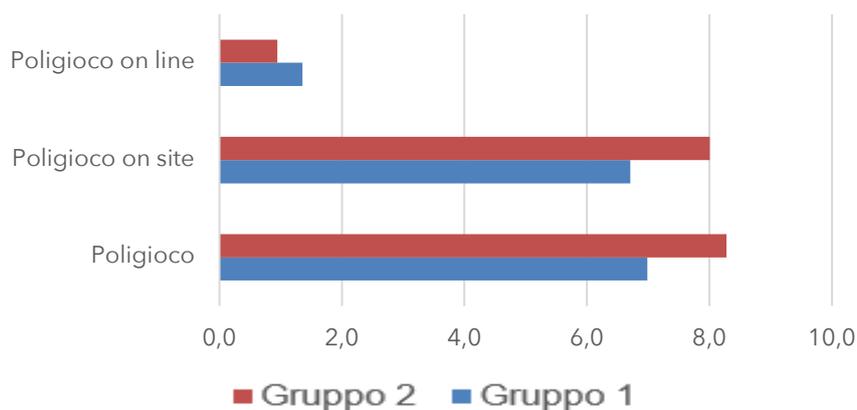


Figura 14 - Prevalenza gioco on-line ed on-site in Piemonte nei due gruppi, con e senza restrizioni.

Infine, un breve accenno al fenomeno del poli-gioco. La letteratura evidenzia una correlazione tra *poli-gioco* - ossia l'abitudine di giocare a più di tre differenti tipologie di gioco d'azzardo - e appartenenza ad un profilo problematico. In figura 15 si osserva come in Piemonte le cifre relative al poli-gioco generale e on-site siano più basse rispetto a quelle italiane, mentre ha tendenza opposta il *poli-gioco* online. Anche questo dato tenderebbe quindi a confermare l'ipotesi di migrazione verso il gioco on-line.

Figura 15 - Poligioco on-line ed on-site in Piemonte nei due gruppi.



Per concludere, questo studio consente di dimostrare in maniera scientifica che gli sforzi fatti dalle amministrazioni al fine di diminuire il tempo di gioco sono effettivamente utili a contenere il fenomeno del gioco d'azzardo patologico.

## PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER IL GIOCATORE CON DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO (DGA): EVIDENZE E SVILUPPI

L'argomento di questa presentazione è il cosiddetto PDTA, ovvero il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per le persone con Disturbo da Gioco d'Azzardo e per i loro familiari, oggetto della Delibera Regionale Toscana n° 882 del 6 settembre 2016.

Tuttavia, prima di affrontare il tema proposto, si ritiene necessario fornire sinteticamente alcuni elementi utili a caratterizzare il Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) che costituiscono degli assunti di cui si è tenuto conto nella strutturazione stessa del PDTA:

- la definizione terminologica,
- le specificazioni diagnostiche,
- gli elementi in comune con le altre dipendenze,
- le comorbilità, DGA e differenze di genere
- pensiero magico e distorsioni cognitive

### DEFINIZIONE TERMINOLOGICA

Com'è noto il Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) è considerato una dipendenza comportamentale ovvero una dipendenza senza sostanze; ce lo conferma il DSM 5, il Manuale Statistico Diagnostico dei Disordini Mentali, che così lo definisce: "un disturbo problematico persistente o ricorrente legato al gioco d'azzardo che porta a disagio e compromissione clinicamente significativi."

Per questo termini quali gioco d'azzardo patologico o ludopatia vanno abbandonati rispetto alla precisa denominazione diagnostica di Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA).

### SPECIFICAZIONI DIAGNOSTICHE

Facendo riferimento ad elementi caratteristici del DGA il DSM 5 ha introdotto alcune specificazioni diagnostiche che vengono elencate sinteticamente:

- il decorso, definito come episodico o persistente a secondo dell'andamento temporale del quadro clinico
- la gravità, definibile come lieve, se si riscontrano 4 o 5 dei criteri diagnostici, moderata 6 o 7 criteri, grave 8 o 9 criteri
- l'esito, distinguendo tra remissione precoce o prolungata

Per quanto riguarda il livello di gravità, il DSM 5 elenca una serie di criteri diagnosti-

ci/sintomi che devono essere utilizzati ai fini della diagnosi:

- necessita di giocare una quantità crescente di denaro con lo scopo di raggiungere l'eccitazione desiderata
- è irritabile e irrequieto quando tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo
- ha effettuato ripetuti sforzi infruttuosi per controllare, ridurre o interrompere il gioco d'azzardo.
- è spesso preoccupato per il gioco d'azzardo (per esempio ha pensieri persistenti di rivivere esperienze passate del gioco d'azzardo, di problematiche o di pianificazioni future, pensando a come ottenere il denaro per giocare)
- spesso gioca quando si sente in difficoltà (per esempio assenza di speranza, in colpa, ansioso, depresso)
- dopo aver perso soldi al gioco, spesso torna un altro giorno (perdite inseguite)
- racconta bugie per nascondere il coinvolgimento nel gioco d'azzardo
- ha messo a repentaglio o ha perso una relazione significativa, il lavoro, lo studio o una opportunità di carriera a causa del gioco d'azzardo
- si basa su altri per cercare denaro per alleviare le disperate situazioni finanziarie causate dal gioco d'azzardo

#### **ELEMENTI IN COMUNE CON LE ALTRE DIPENDENZE**

Il DGA ha elementi in comune con le altre dipendenze:

- il craving, ovvero il bisogno, la necessità di continuare a giocare nonostante si possa avere una situazione debitoria importante
- l'astinenza: quando il giocatore patologico smette di giocare ha una serie di sintomi fisici e psichiatrici oggetto di una valutazione medica
- la tolleranza: come accade per l'alcolista che all'inizio assume dosi moderate di alcolici, ma poi aumenta le dosi, così anche il giocatore sente il bisogno di giocare sempre di più e di giocare sempre più soldi
- la perdita di controllo: il giocatore non riesce a smettere di giocare nonostante si trovi talvolta in situazioni negative da tutti i punti di vista (economico, affettivo, lavorativo etc.)

Il DGA ha in comune con le altre dipendenze anche alcuni aspetti neurologici: la via molecolare comune, la via mesolimbica della dopamina del sistema limbico del cer-

vello (sistema della gratificazione), il coinvolgimento anche di circuiti cerebrali più ampi coinvolti nella memoria e negli stati emozionali.

### **COMORBILITÀ**

Il DGA è spesso associato ad altri sintomi

Tra le principali comorbilità il DGA si associa spesso al disturbo dell'umore: dal punto di vista clinico spesso sono presenti quadri depressivi, con un rischio suicidario elevato specialmente per quanto riguarda il profilo del giocatore che si rivolge ai Servizi: sono, infatti, giocatori molto gravi, mentre difficilmente vediamo giocatori che si trovino nelle fasi iniziali del problema.

Al DGA si associa spesso anche il disturbo d'ansia, l'abuso di sostanze, quali alcool e/o cocaina, e/o altre dipendenze comportamentali. Capita che pazienti con problemi di dipendenza da sostanze smettano di utilizzare le sostanze ed iniziano a giocare d'azzardo; molto frequente è la comorbilità tra il DGA e problemi di compulsione sessuale.

### **DGA E DIFFERENZE DI GENERE**

Per quanto riguarda il rapporto tra DGA e genere, assistiamo ad un incremento delle donne giocatrici, le quali, tuttavia mostrano caratteristiche diverse rispetto agli uomini. Le giocatrici scelgono il gioco d'azzardo come una via di fuga, una autocura rispetto a stati depressivi, a situazioni di solitudine oppure ad eventi traumatici. La slot machine rappresenterebbe quasi un "compagno eccitante" della donna. Gli uomini giocano per "sentirsi più vivi", cercare sensazioni forti; sono giocatori cosiddetti "di azione". Questa differenza è importante per i clinici, perché poi, quando si interviene dal punto di vista terapeutico, dobbiamo cercare di capire cosa ci possa essere dietro al sintomo, chi è quella persona che ci troviamo di fronte.

### **PENSIERO MAGICO E DISTORSIONI COGNITIVE**

I clinici lavorano su due aspetti importanti:

- le distorsioni cognitive, si tratta di pensieri erronei che mettono in relazione due fattori o eventi che sono invece indipendenti tra loro
- il pensiero magico: è una modalità di pensare che alimenta le distorsioni cognitive e si articola in vere e proprie convinzioni e strategie illusorie considerate come sicure teorie per ottenere la vincita. Tanto per citare un caso tratto dalla realtà: un giocatore con un debito di 900.000 euro, lasciato dalla moglie, in breve, in una situazione difficilissima mantiene la convinzione che se potesse giocare ancora una volta, avrebbe la possibilità di rimettere a posto la situazione. Il clinico in questi casi deve accogliere questa convinzione e lavorarci con calma

Non è un caso che i progetti di prevenzione previsti nel piano regionale di contrasto, rivolti anche agli studenti, si pongano come obiettivo quello di incidere proprio sulle credenze erronee e sugli errori del ragionamento probabilistico.

Pensieri del tipo: "oggi vado a giocare perché mi sento fortunato", "mi porto un talismano in tasca perché in precedenza mi ha fatto vincere", "sogno eventi e situazioni che vengono tradotti in numeri e li gioco secondo interpretazioni cabalistiche", sono esempi tipici di pensiero magico.

Recenti studi hanno dato una definizione di queste distorsioni cognitive, si parla ad esempio di "strategia del raddoppio", in riferimento al pensiero del giocatore che dopo aver perso un euro ne gioca due e poi 4 e poi 8 fino ad ipotetica vincita. Altra definizione è quella del "numero ritardatario", che corrisponde a quella distorsione cognitiva che il giocatore ha della maggiore probabilità di uscita di un numero che non esce da tempo, non tenendo conto che ogni estrazione è un evento indipendente dall'altro; il chasing o "rincorsa delle perdite" per cui il giocatore nonostante ingenti perdite spera di arrivare alla vincita riparatoria e gioca con ostinazione; così pure "la fallacia di Montecarlo", che indica l'atteggiamento per cui il giocatore sovrastima la propria probabilità di vincita dopo innumerevoli perdite. Altri esempi sono l'overconfidence, il pensare di avere strategie di gioco infallibili e la cosiddetta "correlazione illusoria" per cui compro il gratta e vinci dal tabaccaio dove sono stati vinti molti premi oppure gioco alla slot machine "fortunata".

Passando all'oggetto specifico di questa relazione, come detto all'inizio di questa comunicazione, con propria Delibera n. 882 del 6 settembre 2016, la Regione Toscana ha deliberato le Linee di Indirizzo su "Interventi di Informazione, Prevenzione, Formazione e definizione del Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale per il giocatore d'azzardo patologico (PDTA GAP)"; definendo anche una serie di indicatori per valutare il PDTA stesso.

Le Linee sono state elaborate da un Gruppo di Lavoro regionale, integrato tra Pubblico e Privato Sociale che ha lavorato per due anni e mezzo, grazie anche alla cura e all'attenzione del dott. Arcangelo Alfano, già in forza al Settore Politiche per l'integrazione socio-sanitaria della Regione Toscana.

Le Linee di Indirizzo perseguono i seguenti obiettivi:

- migliorare l'assistenza alla persona con Disturbo da Gioco d'Azzardo;
- rendere omogeneo in tutti i Servizi per le Dipendenze (SERD) il percorso assistenziale;
- garantire la trasparenza, la chiarezza procedurale dei percorsi;
- valutare le attività legate al PDTA nei Servizi Pubblici e del Privato Sociale.

Il Gruppo di Lavoro ha in primo luogo operato una revisione della letteratura scientifica e delle evidenze empiriche disponibili, ha sottoposto a revisione le linee guida esistenti maggiormente rappresentative, le ha analizzate attraverso lo sviluppo di raccomandazioni basate sulla EBM e/o sul consenso degli operatori coinvolti.

Alla base di queste Linee di Indirizzo ci sono degli assunti che sono stati anche sopra

sinteticamente trattati: il DGA è inquadrabile come una dipendenza e, conseguentemente, necessita di un programma terapeutico personalizzato e di un approccio multidisciplinare, caratteristica tipica del lavoro dei SerD, un vero e proprio punto di forza.

L'obiettivo che ci si pone è sicuramente quello di aiutare la persona a smettere di giocare; si tratta di operare una diagnosi di DGA e dell'eventuale quadro psicopatologico sottostante, esaminare le dinamiche del sistema familiare. Dopo molti anni di dipendenza anche i ruoli all'interno della famiglia cambiano e il terapeuta lavora appunto sul sistema familiare per cercare di riequilibrarlo, migliorare i livelli di autonomia personale, sociale e stimolare le risorse di rete.

Dal punto di vista organizzativo la persona accede direttamente al SerD con un appuntamento che viene dato a distanza di pochissimi giorni; il lavoro si svolge in equipe. È importante sottolineare che gli Operatori del Servizio Pubblico e del Privato Sociale in Toscana hanno effettuato una formazione specialistica, necessaria in virtù del fatto che pur essendoci fattori comuni con le altre dipendenze, ci sono nel DGA caratteristiche peculiari che richiedono appunto una formazione specifica.

Il percorso si articola in fasi comuni ad altri percorsi assistenziali:

la fase di accoglienza: nel caso del DGA spesso arrivano i familiari, che vengono accolti ugualmente e vengono presi in carico. Per tornare ancora una volta a casi reali, si ricorda il caso di una famiglia che è stata in carico per tre anni, dopo tre anni è arrivato anche il figlio giocatore.

Seguono poi le fasi dell'Assessment e della Valutazione Diagnostica Multidisciplinare, del Progetto Terapeutico, del Monitoraggio e Verifica, della Conclusione/Dimissioni e del Follow up.

Il giocatore e i suoi familiari prima di arrivare al Servizio spesso devono superare molte "barriere psicologiche": il senso di colpa, il senso di vergogna, i pregiudizi verso il SerD. "Perché rivolgersi ad un Servizio per le Dipendenze?" Questa è la domanda che i familiari spesso si pongono, non capendo all'inizio che ci si trova proprio di fronte ad una dipendenza. Spesso il primo contatto avviene per e-mail ed è questo un primo momento in cui bisognerebbe prestare la massima attenzione, pesando, studiando le parole allo scopo di creare un legame di fiducia. Anche quando le persone accedono fisicamente al Servizio il momento dell'accoglienza è molto importante e delicato.

Come già detto, arrivano al Servizio casi gravissimi, per i quali l'analisi della situazione debitoria è fondamentale, come pure fondamentale è valutare il quadro depressivo anche per cercare di capire il livello di rischio della persona.

La valutazione multidisciplinare si basa su una serie di test di valutazione del disturbo da gioco, del livello di gravità ma si valuta anche il tipo di personalità, l'eventuale presenza di comorbidità. Si coglie l'occasione di questa presentazione per dire che le linee di indirizzo del 2016 avrebbero già bisogno di essere revisionate.

Dopo la valutazione multidisciplinare e di lavoro in equipe la formulazione del progetto terapeutico prevede il coinvolgimento del giocatore e dei familiari in attività di gruppo ed individuali; da questo punto di vista risulta particolarmente efficace

il gruppo motivazionale che si tiene all'interno del Servizio, sono previste anche testimonianze dei Giocatori Anonimi, fattore di grande importanza per superare le resistenze dei giocatori, per contribuire a destrutturare il pensiero magico e le distorsioni cognitive.

Altro intervento specifico e di grande rilevanza è il tutoraggio economico: la droga di queste persone è rappresentata dai soldi, e quindi bisogna affrontare le modalità di gestione del denaro; aspetto per nulla facile e rispetto al quale il giocatore oppone una forte resistenza. Spesso i familiari hanno già provato a togliere al giocatore le carte di credito e il bancomat; ma è bene che sia l'Operatore del Servizio a seguire il tutoraggio anche per interrompere alcune dinamiche familiari. La verifica di come il giocatore spende i soldi è molto dettagliata, ci si accorda, inoltre, con il giocatore ed i familiari rispetto alla quantità di soldi di cui deve disporre.

All'interno del Gruppo di Lavoro regionale c'è stato un ampio confronto rispetto al tipo di trattamento psicoterapeutico concludendo che l'approccio cognitivo comportamentale è quello che funziona di più, soprattutto nelle fasi iniziali, quando ci si concentra sul problema del gioco.

Altrettanto importanti sono gli altri tipi di approccio: ad esempio l'approccio motivazionale per favorire l'adesione al programma terapeutico, l'approccio sistemico relazionale per quanto riguarda le dinamiche familiari disfunzionali.

Il programma terapeutico riguarda più aspetti:

- il coinvolgimento della famiglia in tutte le fasi del percorso di cura, l'adozione di strumenti per tutelare il patrimonio, interventi a carattere psicoeducativo;
- Il trattamento psicofarmacologico: non esistono trattamenti psicofarmacologici elettivi per il DGA, tuttavia è necessario curare le sindromi associate (ansia, depressione...) e porre attenzione alla "Sindrome da Disregolazione Dopaminergica";
- il tutoraggio economico implica la formulazione di un piano finanziario, la presenza di un tutor preferibilmente esterno alla famiglia, il monitoraggio delle spese e del flusso economico.

#### **LA DURATA DEL TRATTAMENTO È PERSONALIZZATA.**

Il DGA spinge di più il Servizio a lavorare in rete con familiari, amici, datori di lavoro. Accade, infatti, di collaborare con colleghi/datori di lavoro, parroci....

Quando il programma ambulatoriale non riesce ad ottenere gli obiettivi fissati si ricorre ai programmi residenziali. A questo scopo il Gruppo di Lavoro regionale ha fatto riferimento per l'invio ai criteri dell'ICD 10, del DSM 5 e quelli relativi alle tipologie descritte da Blaszczynski e Nower (2002). Quest'ultimo modello differenzia tre tipologie:

- giocatori che potremmo definire "primari", cioè che non presentano comorbi-

lità, abusi di sostanze, e che mostrano una buona compliance al trattamento;

- giocatori che presentano una vulnerabilità psichica, disturbi primari affettivi, sofferenza e traumi emotivi. hanno nell'anamnesi, frequentemente, eventi traumatici, uno scarso sviluppo delle abilità sociali e delle capacità di problem solving e per i quali il gioco rappresenta uno strumento per dissociarsi e regolare stati emotivi;
- giocatori complessi che mostrano vulnerabilità biologica verso l'impulsività, deficit affettivi e tratti antisociali, frequente comorbilità con disturbi da deficit di attenzione, disturbi da uso di sostanze e altri disturbi psichici. Il gioco, tramite uno stato dissociativo, viene a rappresentare una possibilità di fuga dalla realtà estremamente complessa.

Sono stati ipotizzati programmi semiresidenziali e residenziali. Per il programma semiresidenziale è stato preso come modello quello esistente nel territorio di Livorno, può essere proposto durante il percorso ambulatoriale o come fase preliminare/successiva rispetto al percorso residenziale. Per il programma residenziale intensivo breve, anche in questo caso, è stato fatto riferimento ad un'importante esperienza come quella del programma Orthos di Siena. È rivolto soprattutto a giocatori con buone capacità introspettive, disponibili ad effettuare un lavoro psicologico intensivo e che non si possono assentare da casa per tanto tempo.

È previsto anche un "programma residenziale di media - lunga durata" che attualmente viene offerto dalla Comunità terapeutica Incontro di Pistoia. Questo programma è rivolto a giocatori molto complessi dal punto di vista clinico e con comorbilità associate.

La durata del programma è di norma di due/sei mesi.

### **PLAY OFF: IL GAMING IN ADOLESCENZA, UN PERCORSO DI PREVENZIONE**

Appare necessario tratteggiare la cornice all'interno della quale il progetto si situa cercando di evidenziare, sia pure in maniera suggestiva, le dimensioni del fenomeno. Secondo dati affidabili forniti da AESVI - Associazione Editori & Sviluppatori di Videogiochi, in Italia ogni settimana sono circa 4 milioni le persone che accedono ad una console: oltre 1 milione di videogiocatori hanno un'età compresa tra i 16 e i 24 anni.

Se prendiamo in considerazione il mercato dei videogiochi in termini di fatturato, dobbiamo non escludere che questo segmento di mercato fattura il doppio rispetto al mercato della musica e del cinema insieme, tanto che il rapporto di influenza tra cinema e videogiochi si è rovesciato a vantaggio di questi ultimi.

Il progetto "Play off: il gaming in adolescenza" è finanziato da Regione toscana all'interno del Piano Nazionale di Contrasto al Gioco d'Azzardo 2018/2019, attuato con risorse del Ministero della Salute. Il progetto si occupa di attuare percorsi di counseling on line e di e-therapy per la promozione di stili di vita salutari finalizzati a prevenire e contrastare il rischio da gioco d'azzardo, con particolare attenzione ad adolescenti, giovani adulti e ai loro familiari.

Il soggetto titolare è la Società della Salute Fiorentina, il Comune di Firenze è il soggetto attuatore.

Il progetto Play off prevede diverse azioni che possiamo così sintetizzare:

- workshop ed eventi formativi rivolti agli operatori dei servizi
- apertura di sportelli di consulenza online sul gaming rivolti a genitori e adolescenti
- creazione di un serious game ideato da studenti di I.S.S. fiorentini realizzato e promosso in partnership con una Azienda leader del settore

## FORMAZIONE

L'attuale modulo formativo è il terzo di una serie che ha avuto inizio nello scorso triennio. I workshop realizzati hanno coinvolto 65 operatori (assistenti sociali, medici, educatori, psicoterapeuti, neuropsichiatri) e l'interesse suscitato è testimoniato anche dal fatto che è stata creata una lista di attesa di altri 40 operatori che non è stato possibile integrare per non snaturare l'obiettivo formativo che ci si poneva.

Gli argomenti trattati sono stati: abbandono scolastico e ritiro sociale (fase nella quale il ragazzo usa tantissimo i social come ultimi elementi di contatto con il mondo reale), videogiochi e game addiction, rabbia, aggressività e comportamenti a rischio, nuove tecnologie e nuove strategie di relazione, realtà aumentata e videogiochi, psicologia e neuroscienze del gaming, e-sports.

I moduli formativi, di particolare rilevanza per coloro che si occupano di clinica dell'adolescenza, sono stati condotti da un mix di operatori di varia estrazione anche non specificamente afferenti al mondo dei videogiochi: Sara Garuglieri, psicologa esperta e appassionata di videogiochi oppure Matteo Lancini e Federico Tonioni del Minotauro, Policlinico Gemelli di Roma che hanno un approccio specifico sul ritiro sociale di cui abbiamo fatto cenno. Tra gli esperti di videogiochi è intervenuto Emilio Cozzi, giornalista, fra i massimi esperti di videogiochi in Italia, che ha condotto anche l'evento "Oltre lo Specchio" svoltosi presso l'Istituto degli Innocenti di Firenze che ha visto la partecipazione di circa 400 persone tra le quali molti insegnanti, target di particolare importanza in questo ambito conoscitivo.

## SPORTELLI DI CONSULENZA

Si vuole in particolare descrivere, oltre al sito, la creazione di una app rivolta ai genitori che sarà licenziata nel 2021 e che prevede l'apertura di due sportelli di ascolto e consulenza all'interno dei quali un genitore può prenotare un incontro con uno psicologo esperto in gaming. A questo proposito l'incontro può essere preceduto, e seguito, anche da un momento di chat che serve ad anticipare il problema che poi verrà trattato nell'appuntamento di consulenza. Le consulenze saranno un massimo di tre, visto che non si tratta di una presa in carico di tipo terapeutico, ma di un momento di primo ascolto per una famiglia in cui ci sia un ragazzo, una ragazza che fa un utilizzo del videogioco con una modalità che potremmo definire smodata.

La app potrà essere scaricata dal social "Genitori in Corso", un sito gestito per il Comune di Firenze.

### SERIOUS GAME

Il *serious game* è un gioco digitale che fonde tre dimensioni: la dimensione della simulata, la dimensione ludica, la dimensione più specificamente formativa. I *serious games* replicano situazioni che potrebbero capitare nella vita reale, dando ai ragazzi la possibilità di trovare le soluzioni migliori.

Utili per apprendere nuove abilità e competenze in ambito di problem solving, gestione dello stress e abilità di regolazione emotiva, i *serious games* sono stati o utilizzati nell'ambito dell'apprendimento scolastico e universitario, mentre meno praticata è la creazione di serious games nel contesto di un videogioco vero e proprio: questo è invece proprio l'obiettivo dell'azione che intendiamo porre in essere. Minecraft è il più celebre tra i sandbox game che permette dunque di creare e gestire mondi virtuali. Ne esiste una versione EDU utilizzata per insegnare scienze, geografia, musica.

Potremmo portare come modelli di riferimento possibili videogiochi come World of Warcraft, un MMORPG (Massive, Multiplayer Online Role Playing Game) dove bisogna lavorare in gruppo, cooperare, risolvere velocemente problemi. Altro esempio da citare è FLORENCE un video gioco di grande successo soprattutto nel nord Europa con una grafica molto accattivante che, per dirla in estrema sintesi, ha come argomento la storia d'amore di due adolescenti che ad un certo punto litigano e si lasciano: il videogioco implica che i partecipanti debbano fare delle scelte affettive, emotive che li portino a riprendere la loro relazione affettiva.

Concrete Genie è un videogioco con effetti sonori, una grafica raffinatissima e accattivante; Sea of Solitude è un gioco tutto che ha come protagonista una ragazzina che cresce affrontando i propri mostri interiori ed esteriori. È significativo come, in entrambi i giochi, sia stata apposta la scritta "il gioco non intende sostituire un vero e proprio approccio terapeutico, vista la tendenza dei ragazzi ad immedesimarsi in maniera profonda nei personaggi, fatto che costituisce una risorsa, ma anche un possibile limite".

Il *serious game* che si intende realizzare ha già coinvolto nell'ideazione i ragazzi di un Istituto professionale all'interno di un percorso di alternanza scuola lavoro e il coinvolgimento della Melazeta, azienda di Modena tra le più quotate nella realizzazione di videogames con la quale il Comune di Firenze ha già collaborato. Una volta realizzato il serious game verrà diffuso attraverso i centri Youngle, un service di counseling e ascolto on line fra adolescenti peer to peer, nato da un progetto ICM presentato al Ministero grazie anche al supporto di Arcangelo Alfano di Regione Toscana e che vede attualmente 12 centri attivi in 10 regioni. A questo scopo all'interno del videogioco vi sarà la possibilità di confrontarsi sui propri problemi.

Recentemente il progetto è stato richiesto anche dalla Regione Lombardia.

# PROGRAMMAZIONE MULTILIVELLO DELLA TOSCANA 'SE NON PROGRAMMIAMO, SIAMO SCHIAVI DEL PASSATO'

*Anna Maria Celesti - Vicepresidente di Federsanità ANCI Toscana, Vicesindaco del Comune di Pistoia, Presidente della Società della Salute Pistoiese  
Riccardo Nocentini - Attività di Programmazione Sanitaria e Sociale di Regione Toscana*

*Rossella Boldrini - Direttore dei Servizi Sociali della ASL Toscana Centro  
Daniela Matarrese - Direttore del Presidio Ospedaliero Santo Stefano di Prato  
Donatella Pagliacci - Direttore della Società della Salute Valli Etrusche  
Neri Magli - Dirigente Area 3 del Comune di Bagno a Ripoli  
Michelangelo Caiolfa - Federsanità ANCI Toscana  
Andrea De Conno - Federsanità ANCI Toscana*

Il riordino del Sistema Sanitario Regionale della Toscana avviato nel 2015 ha ricostruito in maniera stabile e coerente un sistema di programmazione multilivello che mette in correlazione il livello regionale, le aree vaste e gli ambiti zonal. Per ogni livello sono stati definiti gli strumenti di programmazione, i contenuti e gli organismi preposti alla loro elaborazione e approvazione:

- **Livello Regionale:** Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR) - Atto regionale linee annuali di programmazione.
- **Livello di Area Vasta:** Piano Attuativo Locale (PAL) - Piano Attuativo Ospedaliero (PAO) - Piano di Area Vasta (PAV).
- **Livello Zonale:** Piano Integrato di Salute (PIS) - Piano di Inclusione Zonale (PIZ).

Per il livello zonale è stato realizzato uno specifico programma di accompagnamento agli ambiti territoriali che ha coinvolto in modo sistematico tutte le 26 zone toscane. Per il 2018 e il 2019 il programma ha sviluppato la Programmazione Operativa Annuale (POA) in relazione alle materie della sanità territoriale, sociosanitarie

e socioassistenziali (estesa ad azioni dedicate alla prevenzione e altre dedicate al contrasto alla violenza di genere), mentre in questi mesi sta sviluppando la programmazione pluriennale locale legata ai Piani Integrati di Salute (PIS) 2020-2022. L'azione di accompagnamento si basa su un accordo di collaborazione tra Regione Toscana, Anci Toscana e Federsanità Toscana che, tra i tanti obiettivi, reca anche quello di sostenere e sviluppare la programmazione integrata zonale.

L'approvazione del Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR) apre alla piena realizzazione della programmazione multilivello inteso come sistema ordinato e ricorsivo di decisioni gestionali e di co-decisioni strategiche che investe l'intero sistema regionale sanitario, sociosanitario e sociale. Per ragionare in modo in parte inusuale su questa prospettiva nell'ambito della quattordicesima edizione del Forum Risk Management, Federsanità Anci Toscana ha organizzato un Focus Group che, in piccolo, ha riprodotto la complessità del sistema di programmazione multilivello coinvolgendo alcuni dei principali protagonisti, concentrandosi in particolare sulla costruzione del Piano integrato di Salute imminente.

### INTRODUZIONE

Un Focus Group sulla programmazione multilivello e i piani integrati di salute. Si tratta di un incontro cruciale per tutte le zone che vanno ad elaborare il Piano Integrato di Salute, di cui è ben chiara la complessità. Una complessità che sicuramente emergerà da questo momento di confronto, e che deriva dai tre livelli principali della programmazione territoriale e dalle loro intersezioni di tipo verticale e orizzontale. Una procedura affatto scontata, come dimostra la numerosità dei diversi attori attivi su ciascun livello.

È stato da poco varato il PSSIR 2018-2020, che va a coniugare sanità territoriale, socio-sanitario, socio-assistenziale, violenza di genere e prevenzione. Ma questo non basta. L'approccio multidisciplinare è garantito da una forte presenza dell'azienda sanitaria ma che occorre riequilibrare con un'analoga partecipazione degli enti locali, che hanno in carico non solo la parte socio-assistenziale ma anche il compito di fare politiche di salute. Le politiche di salute e gli obiettivi di salute non appartengono soltanto alla sanità, sono necessari anche agli enti locali perché dobbiamo intendere la salute non solo come tutela dei servizi sanitari, ma anche come stili di vita e determinanti di salute.

Difatti il Piano integrato di Salute (PIS) è il documento di programmazione integrata delle politiche sanitarie e sociali a livello zonale elaborato insieme dalle amministrazioni locali e dall'azienda sanitaria, uno strumento complesso che serve a:

- Definire gli obiettivi di salute e benessere, sulla base del profilo di salute e dei bisogni sanitari e sociali delle comunità locali.
- Costruire i programmi operativi con la rete dei servizi e degli interventi attivati sul territorio.

- Individuare le attività da realizzare con la relativa allocazione delle risorse.

Come si perseguono gli obiettivi di salute? Attraverso politiche come quelle della casa, del verde pubblico, della mobilità urbana, delle mense scolastiche, con una sensibilità e una capacità che non è facile per le amministrazioni sviluppare e praticare nelle politiche del quotidiano. Sono tanti i soggetti che dovrebbero dialogare tra loro e fare politiche in comune, e che compongono il PIS a partire dal basso.

Operazione niente affatto scontata, perché l'ospedale ragiona in un modo, i servizi territoriali in un altro. La continuità assistenziale non è la continuità sanitaria ma necessità di una presa in carico a 360 gradi del soggetto dimesso, il cui carico sociale molto spesso è maggiore di quello sanitario. Ci sono difficoltà nella comunicazione, figuriamoci nel servizio.

Assistenza domiciliare, l'assistenza socio-assistenziale e la riabilitazione sono un'ampia gamma di servizi che fanno fatica a dialogare, solo per fare un esempio, tuttavia l'obiettivo è mettere insieme tutti, comprese le istituzioni. Senza dimenticare tutto il mondo del Terzo Settore, degli Enti caritativi e del volontariato che contribuiscono alla rete sociale.

Sono molti anni che mi occupo di politiche sanitarie. Tanti passi avanti sono stati fatti, ma sicuramente il dialogo tra professionisti dei vari settori, inclusi i volontari formati, stranamente sta diventando più difficile complesso ora di qualche tempo fa. Forse è il caso di passare dalle espressioni teoriche alla costruzione di una pratica condivisa.

Un canovaccio comune teorico va bene, ma occorre fare estrema attenzione a non creare una Regione a 'diverse velocità' tra zone. Obiettivo prioritario della programmazione multilivello è dare un supporto di base che veda tutte le zone coinvolte e in grado di soddisfare i livelli essenziali, permettendo poi alle zone di distinguersi anche in base alle proprie caratteristiche solo a partire da questa base essenziale omogenea e uniforme.

### **LA CORNICE NORMATIVA DI REGIONE TOSCANA**

Il Piano Sanitario votato ad inizio ottobre riavvia in modo completo il ciclo della programmazione su tutti i livelli regionali, un ciclo che non ha un andamento 'a cascata' ma apre dei rapporti di tipo più ricorsivo e processuale.

Il PIS è il primo atto di partenza, che viene recepito dalle aziende nel loro atto di programmazione (PAL). La nuova delibera, rimarca come il PIS ri-comprenda il Piano d'Inclusione Zonale (PIZ) relativo alle materie socioassistenziali. Assetto unitario della programmazione che è obbligatoria nelle zone-distretto dotate di SdS e preferibile anche nelle zone cui la programmazione è sviluppata nell'ambito di una Convenzione Socio-Sanitaria. In questa fase, le zone hanno iniziato a lavorare di concerto con le ASL. Di concerto, perché sul piano pratico il rapporto tra referenti di zona e referenti di area vasta è marcato da collaborazione e negoziazione, che vede le ASL coinvolte sin da subito nell'elaborazione del PIS.

Rispetto al passato, la cornice normativa offerta da Regione Toscana offre nuove indi-

cazioni e strumenti ai programmatori del territorio per attraversare al meglio questo passaggio così delicato e cruciale per l'offerta di servizi a venire. Programmare per obiettivi di salute è la modalità comune di lavoro applicato negli ultimi anni, già a partire dalle "nuove Linee di indirizzo per i Piani integrati di salute e per i Piani di inclusione zonale" approvate con la delibera di Giunta regionale 573/2017, che ha trovato un riscontro positivo nelle due sessioni di elaborazione dei Programmi Operativi Annuali. Più che l'aggiornamento annuale dei POA, la redazione di un nuovo PIS prevista per l'anno 2020 richiede un salto di qualità, che impone uno sforzo di programmazione strategica ancor più focalizzato sulla lettura del territorio e sull'individuazione delle sue priorità, per come queste si cristallizzano negli Obiettivi di Salute. È proprio per definire queste priorità che diventa fondamentale lo strumento della partecipazione, cui si riconosce una crescente importanza anche attraverso la nuova Legge Regionale 75/2018 sulla partecipazione in sanità "Disposizioni in materia di partecipazione e di tutela dell'utenza nell'ambito del servizio sanitario regionale. Modifiche alla l.r. 40/2005". In particolare, la legge conferma un ruolo cruciale ai Comitati di Partecipazione, alla Consulta del Terzo Settore, e a quegli enti locali che già da qualche anno dispongono di competenze fondamentali che il pubblico ha la responsabilità di esercitare e valorizzare con sempre maggior consapevolezza. Altre importanti modifiche riguardano l'ufficio di piano, un'entità che fino a pochi anni fa era quasi sconosciuta e sporadicamente presente nelle zone, e che al presente godono di una sempre maggiore strutturazione. Nel sistema informativo realizzato da Regione Toscana per la programmazione, questo ufficio di piano deve essere descritto.

Le norme regionali prevedono che l'ufficio di piano, già strumento fondamentale della programmazione delle SdS e nelle zone-distretto, arrivino ad essere coordinati a livello di azienda diventando come elemento di coordinamento tra la programmazione zonale e la programmazione di ASL, concorrendo alla programmazione di quest'ultima. Uno strumento per promuovere lo sviluppo e l'adozione di un linguaggio comune tra chi opera sui diversi livelli del sistema di governance regionale.

Cruciali anche le novità apportate dalla delibera 269/2019 "Governance delle reti territoriali", che prevede che le aziende forniscano alle zone un "budget di zona" riclassificato proprio secondo il linguaggio della programmazione: una modalità condivisa di rappresentazione del budget zonale tra le aziende USL della Toscana che vuole permettere una migliore comunicazione di sistema con la Regione e con le stesse SdS/zone distretto.

Nuovi elementi che mirano ad affinare ulteriormente la capacità di integrazione tra i diversi livelli del modello di governance Toscano ma che purtroppo sembrano non trovare ancora gli opportuni riflessi nel sistema di livello nazionale. A detta di alcuni partecipanti manca ancora una programmazione sul piano nazionale, ed è sentita la necessità di una riforma nazionale della sanità.

### **L'IMPORTANZA DEL PIS**

Come è emerso più volte negli incontri territoriali tra strutture regiona-

li e referenti degli enti locali, una prima imprescindibile finalità della programmazione multilivello è quella di riordinare le idee: uno sforzo riflessivo che è condizione fondamentale per il rinnovamento delle politiche locali. Nelle parole di un partecipante: “se noi non programmiamo, siamo schiavi del passato. E lo reiteriamo anche quando ci sono nuove risorse, perché vengono messe non dove c’è bisogno ma soltanto dove è più semplice spenderle”. Una seconda funzione è senza dubbio quella di conoscere e valorizzare al meglio le risorse territoriali. I partecipanti guardano al PIS come uno strumento per avvicinarsi a quelle forme di welfare di comunità e di sharing economy che non hanno un costo per servizi pubblici, ma sono già in carico a privato e terzo settore e vanno soltanto attivate e potenziate. La programmazione è in questo senso un modo per coinvolgere in una regia pubblica e condivisa delle risorse private preesistenti e di comprovata efficacia.

Nelle parole di un partecipante “il rischio è che il PIS venga interpretato come un esercizio o un semplice adempimento, invece che riconoscerlo come il fondamento della nostra attività. Un’occasione costante per ordinare le nostre iniziative e inserirle in un quadro coerente e condiviso”. La co-programmazione è quindi lo sfondo fondamentale per una efficace co-progettazione e co-gestione dei servizi attraverso una serie di dispositivi fondamentali. Tra questi:

- Uffici di Piano e loro coordinamento.
- Tavolo dei direttori di zona-distretto e dei dipartimenti.
- Budget di zona.
- Indicatori condivisi anche o l’attivazione di un tavolo regionale.

Ed è proprio nel PIS che il lavoro di rete vede la sua esplicitazione più chiara. La programmazione è un momento fondamentale di costruzione e mantenimento di quelle reti territoriali che sono peculiarità della realtà Toscana, e che proprio in questa regione mostrano di essere fortemente integrate nella loro dimensione orizzontale e di godere già degli sforzi di tutti gli attori di collaborare in modo trasversale. Sono tre i principali rischi individuati di una programmazione incompleta che non riesca a contare su questa rete:

- Politiche inique. Una programmazione incompleta rischia di far mancare a tutti i cittadini i servizi di cui avrebbero bisogno nella zona interessata.
- Politiche miopi. Se programmazione vuol dire lungimiranza, uno sforzo insufficiente rischia di sfociare in politiche limitate alla risposta immediata, perdendo di vista interventi fondamentali come quelli legati alla prevenzione.
- Politiche individuali. È stato fatto notare come si sia andata creando, specialmente in ambito sanitario, un’erogazione di servizi altamente personalizzata,

con cure ritagliate sul singolo paziente che inevitabilmente ha imparato a fare propria questa logica. Il lavoro di programmazione aiuta non solo i servizi, ma anche i cittadini a “sottrarsi alla logica dell’Io, e rientrare in una logica del Noi”, guardando al perseguimento della salute della comunità tutta.

### **IL PIS IN MANCANZA DELLA SOCIETÀ DELLA SALUTE**

La Società della Salute è il cardine di tutta la complessità. Se programmare in modo integrato è un compito arduo per una Società della salute, lo è ancor di più per quelle zone che non dispongono di una struttura associata e integrata di questo genere. Se la scelta è quella, bisogna che i comuni e le aziende sanitarie si adeguino. Certo, si possono trovare soluzioni alternative per chi non vuole avere la SdS, ma il grosso rischio è che ci sia chi poi non ha gli strumenti di integrazione. La SdS è uno strumento, che può essere ritenuto adeguato ma si può sempre scegliere di non costituirla, anche se in effetti l’alternativa è complicata. È difficile basare l’integrazione solo su una conferenza di sindaci, costituita prevalentemente dagli amministratori locali e che viaggia a ritmi totalmente diversi. La soluzione alternativa della Conferenza per ora è troppo sbilanciata sulla parte politico-amministrativa, e per forza di cose manca delle competenze necessarie a tramutare orientamenti e indirizzi amministrativo-istituzionali in risposte operative al cittadino. Per queste ragioni occorrerebbe trovare un canovaccio che valga per tutte le 26 le zone e permetta di fissare un livello base per tutte.

### **RIDURRE LE DISUGUAGLIANZE TRA GLI AMBITI ZONALI**

È stato più volte ricordato come il primo driver della programmazione multilivello debba essere quello della riduzione delle disuguaglianze zonali. In questo senso la zonizzazione del territorio regionale deve essere accompagnata dal mantenimento di un giusto equilibrio tra rispetto delle specificità e garanzia di omogeneità, tra pratica locale e visione globale.

“I PIS sono locali per natura, ma vengono costruiti a partire da indicatori e percorsi che sono omogenei. E la dimensione locale non appartiene soltanto ai singoli territori che la rivendicano, ma è una visione che devono adottare tutti.” La distribuzione delle risorse deve dunque essere commisurata alle esigenze di ciascun territorio. Un modo, anche questo, di rendere quasi lapalissiana quella “utilità del PIS” che è stata menzionata come preconditione di un efficace coinvolgimento globale della sfera politico-amministrativa.

Un’equità che non riguarda soltanto le prestazioni, ma anche le risorse umane destinate alle attività di programmazione di queste prestazioni. A tale proposito si è fatta menzione di zone dove è ancora difficile disporre di un ufficio di piano o anche solo di un direttore, se non attraverso una carica ad interim. Proprio per questo lo sforzo di Regione Toscana andrà nella direzione di un investimento ancora maggiore in tutte le zone-distretto, indipendentemente dalla forma di governance socio-sanitaria che queste hanno assunto.

## LA SFIDA DEL COINVOLGIMENTO, IL PIS COME STRATEGIA DI COINVOLGIMENTO

Emerge fortemente la necessità di restituire la consapevolezza che “la programmazione serve a qualcosa”. Il rischio è che la programmazione venga interpretata come un esercizio o un semplice adempimento, occorre invece capire che la programmazione determina come saranno finalizzate e distribuite le risorse. Sono considerazioni che valgono sia per il coinvolgimento delle amministrazioni che per quello del terzo settore. C'è una grande ricchezza in termini di soggetti, ogni zona ne ha centinaia, eppure non è così diffusa tra i soggetti del Terzo Settore la convinzione che partecipare serva a qualcosa di più che dare notorietà e poter dire la propria. Su questi aspetti serve investire. Analoghe considerazioni valgono per l'Ufficio di Piano, sono poche le realtà strutturate che lavoreranno 365 giorni l'anno.

Le sfide sono riconducibili a due dimensioni principali: il coinvolgimento di una gamma quanto più vasta possibile di attori nel lavoro; il consolidarsi di un'efficace integrazione nell'ottica di un lavoro di concerto tra questi.

### COINVOLGIMENTO DEI SOGGETTI DI SISTEMA

Efficace coinvolgimento di tutti i soggetti nello snodo del PIS, che secondo gli uffici di piano potrebbe essere ancora più omnicomprensivo per offrire risultati maggiori. Nelle parole di un partecipante, “tutto il sistema è coinvolto nei PIS”. I PIS non sono quindi un obiettivo esclusivo delle zone distretto e delle Società della Salute ma di tutti gli attori, che devono essere coinvolti in modo efficace: le aziende sanitarie, i comuni con i loro assessorati e la Regione con i suoi organismi di ricerca (ARS, ARPAT, ISPO, OSR). Questi ultimi mettono già a disposizione informazioni ma potrebbero essere chiamate a supportare le zone in analisi mirate, strumentali alla redazione del PIS. Sono state menzionate a questo proposito anche le scuole ed enti profit. Tuttavia, i referenti di alcuni uffici di piano ritengono doveroso sottolineare come quello del coinvolgimento sia un momento che ancora presenta importanti profili di criticità per alcune zone. “C'è stata una convocazione del comitato di partecipazione, della consulta terzo settore, sindacati, dell'ufficio di direzione. Ma alla fine, all'atto pratico, siamo rimasti fundamentalmente soli a fare anche il profilo di salute. Con il rischio che sfuggano temi e bisogni”.

### INTEGRAZIONE DEI SOGGETTI

Perché il PIS abbia successo è fondamentale garantire una efficace integrazione verticale e orizzontale, e cioè stabilire modalità di collaborazione efficace tra i vari livelli del sistema di governance come anche tra i diversi settori all'interno di ciascun livello. Dal punto di vista di un direttore tecnico, intimorisce ed esalta la consapevolezza di essere il punto in cui confluiscono tutte queste complessità, con tutte le responsabilità che questo comporta. Il timore in particolare è quello di far confluire l'operato di tutti gli attori “senza esserne i semafori”, e dunque senza rallentarne e ostacolarne le attività nel loro complesso. Una responsabilità che è ancora difficile cogliere appieno con gli strumenti disponibili ad oggi.

### **COINVOLGIMENTO DEL TERZO SETTORE**

Il coinvolgimento delle organizzazioni del Terzo Settore è considerato come fondamentale dai partecipanti appartenenti alla pubblica amministrazione. Per mille motivazioni il sistema istituzionale si è trovato sempre più in difficoltà e anche oggi necessita di un alleato professionalmente formato in fase di co-programmazione, che è riconosciuta come precondizione necessaria alle successive fasi di co-progettazione e co-gestione. La programmazione è un punto di riferimento anche per l'operato del Terzo Settore, che vede nello strumento della partecipazione la fondamentale strategia per garantirne un adeguato coinvolgimento. A tale proposito, si segnala come negli ultimi anni ci siano state fasi in cui la partecipazione ha avuto un andamento non lineare. Rilanciare sul piano politico il tema della partecipazione con un sistema di regole certe permetterebbe alla buona cooperazione sociale di svolgere il ruolo di "vettore nei territori", supportando le zone in una maggiore messa a fuoco dei particolari obiettivi di salute prioritari attraverso una efficace lettura del territorio.

A tale proposito, è stato notato come la cooperazione sociale in questi stessi anni sia cambiata molto, appiattendosi per troppo tempo sulla mera gestione dei servizi in qualità di semplici "erogatori", che è diverso da dare contributo in termini di programmazione. Per il Terzo Settore si pone quindi anche una "sfida lessicale" che si rinnova ogni volta, nel momento in cui si integrano soggetti che hanno esperienze completamente diverse. Proprio per questo, un corretto coinvolgimento degli enti del Terzo Settore a livello di co-programmazione richiede nuove occasioni di una formazione trasversale che mettano il mondo del no-profit, e in particolare la cooperazione sociale nella condizione di fare la propria parte in questo percorso nuovo.

### **COINVOLGIMENTO DELLE ISTITUZIONI**

Necessità di coinvolgimento profondo del livello istituzionale. Nel dialogo regionale il coinvolgimento è stato cercato e ha funzionato, mentre la sfida sarà ri-coinvolgere le istituzioni sugli altri livelli territoriali e restituirgli la consapevolezza del ruolo chiave in una programmazione che non può essere soltanto tecnico-professionale. Ancora non è del tutto diffusa la consapevolezza, né la dotazione degli strumenti utili a svolgere questo compito, occorre allargare i confini mantenendo una forte aderenza al territorio.

Rapporto tra management, istituzioni e mondo tecnico-professionale. Siamo nella sfera amministrativa e istituzionale, ma mancano gli strumenti per decidere. Come è possibile fare un passo in avanti? Gli strumenti e lo scenario devono essere composti dal mondo tecnico-professionale insieme al mondo del terzo settore; le amministrazioni devono essere messe nelle condizioni di scegliere. In questo sistema di interazioni è fondamentale il processo partecipativo, basato sulla ricerca di un linguaggio comune, e la determinazione degli obiettivi. Su questa tematica è stata sviluppata una delibera regionale che suddivide il PSSIR in linee d'azione e le esplicita mediante un linguaggio comune indirizzato agli amministratori, alle professionalità e ai tecnici delle zone distretto o delle aree vaste, fino a livello regionale.

### **L'ARMONIZZAZIONE CON IL MONDO SANITARIO**

Uno dei grandi pregi dell'articolazione organizzativa toscana, frutto della riforma della sanità regionale, è l'obiettivo sfidante lanciato alle Aziende USL cui si richiede di governare una crescente complessità.

Una complessità questa che "Impone di instaurare forme di dialogo" strutturato. In questo senso è importante promuovere processi di "armonizzazione", da non confondere con processi di "omogeneizzazione" che sarebbero deleteri. Secondo i partecipanti, armonizzare vuol dire fare lo sforzo di mantenere e far coesistere specificità e coerenza con il lavoro di ciascuna zona e dipartimento.

Costruire e mantenere un network istituzionale e non-istituzionale, favorire la reciproca contaminazione di attori appartenenti a diverse realtà professionali e territoriali nell'ottica della costruzione di un modello unico di panificazione, è oggi una necessità improrogabile. Questo obiettivo però si traduce anche in una "sfida di tipo culturale", che rende necessario contaminare ciascun livello anche in termini di linguaggio e professionalità. In questa direzione vanno già alcune importanti delibere regionali di sostegno e accompagnamento alle zone. Si segnala tuttavia la necessità di sviluppare ulteriori strumenti organizzativi interni agli enti che permettano questo lavoro formativo e trasformativo. Un compito difficile considerando anche la grande quantità e varietà di professionisti che appartengono a ciascun settore.

### **L'IMPORTANZA DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE**

Secondo i partecipanti, territorialità significa anche e soprattutto garantire continuità assistenziale lungo filiere integrate di servizi. Uno degli obiettivi più difficili da raggiungere in quanto richiede di raccordare mondi molto diversi, con operatori di tutti i generi, che sono contraddistinti da un habitus mentis radicalmente diverso: da una parte l'ospedale, che è un ambiente certo multidisciplinare ma fortemente incentrato al sanitario dove spesso il sociale rischia di perdersi; dall'altro un territorio che accanto al sanitario ha il socio-sanitario e il socio-assistenziale.

Garantire la continuità è quanto mai necessario, specialmente là dove la struttura ospedaliera continua ad essere l'unica porta d'accesso per la domanda di salute. Nelle parole di un partecipante "ci sono ancora territori in cui il pronto soccorso è il primo e unico punto di riferimento per il cittadino. Quando questo accade, vuol dire che ci stiamo preoccupando di dare una risposta alla domanda, invece che identificare il bisogno. Ed è proprio qui che serve fare programmazione".

Un esempio concreto del difficile raccordo tra ospedale e sociale è il caso dei senza dimora: cittadini portatori di diritti che troppo spesso lasciano traccia di sé soltanto quando sono ricoverati in ospedale, e troppo spesso è ormai tardi.

### **UN TAVOLO PERMANENTE COME RACCORDO TRA ZONA E AZIENDA**

A tale proposito è stato menzionato come esempio di buona pratica il tavolo permanente dei direttori delle SdS, delle zone-distretto e dei dipartimenti territoriali, uno strumento che è stato adottato nell'ambito dell'area vasta Toscana Centro. Nato dal semplice desiderio di conoscersi personalmente e offrire occasioni di confronto, si è

sviluppato in uno strumento reale di produzione ed elaborazione di documenti che hanno favorito l'armonizzazione dei processi, trovando coerenza tra gli obiettivi delle zone-distretto (che rispondono agli indirizzi di società della salute e assemblee) e la programmazione aziendale declinata negli obiettivi dei dipartimenti. Un esperimento che è in via di affinamento, ma che è già riuscito a dare risultati importanti nel raggiungimento di obiettivi sostenibili nel rispetto delle specificità delle zone.

### **MIGLIORARE COMUNICAZIONE E ASCOLTO RECIPROCO**

Integrazione multi-livello come occasione di ampliamento della conoscenza. Il fatto che si inizi una programmazione multilivello è un'occasione per conoscersi. Conoscere cosa sta facendo l'altro, a che punto è arrivato, dove pensa di andare. Chiaramente questo dipende dalla capacità di ciascun livello di saper descrivere e comunicare cosa sta facendo. Uno sforzo che richiede un investimento importante nel rendere intellegibile il proprio operato e la propria programmazione a chi viene da "altri mondi", unita alla capacità di ascolto per trarre tutte le informazioni necessarie al proprio lavoro. È chiaro che i risultati di questa forma di collaborazione non possono essere conseguiti in breve tempo, ma devono essere realizzati passo dopo passo nel ripetersi di ciascun ciclo di programmazione. Comunicare con successo permette non solo di affinare le capacità di programmazione nella propria zona-distretto ma anche di trasferire e condividere con altri soggetti gli strumenti e le strategie sperimentate, perché possano essere reinterpretati per risolvere problematiche analoghe. Occorre in questo senso studiare modalità di rilevazione e condivisione delle buone pratiche già in essere sul territorio, perché queste possano essere recepite non solo dagli organismi deputati alla programmazione zonale, ma anche ad organismi appartenenti ad altri livelli, come quello Regionale. È il caso questo del sistema emergenza-urgenza, sperimentato nell'esperienza Pistoiese e recepito anche grazie a un percorso di modellizzazione promosso da ANCI Toscana.

### **STRUMENTI PER L'UFFICIO DI PIANO: LA FUNZIONE DELL'"INTEGRATORE"**

Il dispositivo dell'Ufficio di Piano (UdP) è pensato appositamente per garantire coinvolgimento e integrazione tra gli attori che operano sui diversi livelli. Tuttavia, perché un UdP svolga la sua funzione con efficacia si rileva la necessità di figure professionali dedicate a questo compito delicato. Nelle parole di un partecipante: "Se vogliamo integrazione, dobbiamo avere degli integratori", e cioè delle strutture che agiscono nell'ottica dell'integrazione multilivello con uno sguardo agli obiettivi di salute senza affidare questo compito alla sola buona volontà delle singole persone che popolano il sistema. Quali sono i profili professionali e le competenze richieste per questo tipo di lavoro? Questo è un interrogativo che viene ancora investigato dalle zone, con la certezza che la specializzazione di settore non sia sufficiente: non basta la sola competenza medica, specialistica, sociale, ma serve promuovere una "meta-competenza" di facilitazione degli attori. Lo sviluppo di figure professionali dedicate all'integrazione avrebbe i suoi vantaggi anche nel difficile coinvolgimento del Terzo Settore. Nell'esperienza dei referenti di zona, spesso da ciascun comune arrivano liste di associazioni registrate che

complessivamente ammontano a centinaia di diversi attori no-profit tra i quali non è scontato riuscire a districarsi.

### UFFICIO DI PIANO E LETTURA DEL TERRITORIO

Redistribuire le risorse equamente tra zone è un compito delicato che richiede di affinare ulteriormente gli strumenti conoscitivi.

Su questo tema è stato evidenziato il rischio di confondere la mappa del bisogno con la mappa della domanda. È il caso, ad esempio, di stime dell'incidenza di malattie croniche fondata sul numero di contatti avvenuti con il sistema sanitario: "Chi più accede più appare nel sistema, ma così si creano circoli viziosi".

Costruire indicatori utili alla pianificazione è cruciale. La Regione attraverso i suoi organismi di ricerca ha fatto già tanto, ma si indicano margini di miglioramento soprattutto in due direzioni:

- Strumenti gestionali che aiutino a costruire e a ricavare direttamente gli indicatori da utilizzare, così che il dato non provenga da ricerche fatte apposta per il dato, ma risultino naturalmente dal lavoro quotidiano. In questo modo le informazioni sono già aderenti alle attività concrete e diventano immediatamente spendibili.
- Dati confrontabili. Spesso si fanno grandi sforzi per avere dati confrontabili, tuttavia questa immagine d'insieme rischia di perdere in incisività e capacità di andare in profondità. Per non rendere sterile questo sforzo, occorrono analisi specifiche che prendano avvio in alcune zone per essere estese successivamente.

La rilevazione e rappresentazione del dato resta quindi un tema da approfondire, in particolare nelle sfere del sociale e socio-sanitario. A tale proposito, si guarda alla scelta di ri-ottimizzazione del sistema informatico regionale come a un traguardo importante. Da questo punto di vista anche il Terzo Settore, e in particolare la cooperazione sociale, possono venire in soccorso ai programmatori. I tempi potrebbero essere maturi perché il Terzo Settore possa potenziare i propri strumenti di rilevazione raccogliendo i dati in prima persona, specialmente quando ha in gestione diretta un servizio.

### STRUMENTI TECNOLOGICI PER L'UFFICIO DI PIANO

Sperimentare modi diversi di lavorare impiegando gli strumenti tecnologici come videoconferenze, commenti dei dati di livello centrale che arrivino a livello locale, magari sotto forma di video o illustrati con delle FAQ. Chi lavora nell'ufficio di piano non può esserci 365 giorni l'anno, ma inevitabilmente dedica qualsiasi ritaglio di tempo libero oltre alle ore formalmente previste per fare fronte alle proprie mansioni quotidiane. Chiunque lavori intorno al tavolo dell'Ufficio di Piano svolge attività preziose di cui è ben consapevole, ma resta pressato dall'urgenza. Una pressione continua che va evitata altrimenti rischia di togliere tempo alla programmazione, occorre quindi trovare spazi con meccanismi nuovi e tempi di lavoro sostenibili.

Un altro strumento proposto è quello di offrire dei modelli di lavoro: costruzioni organizzative flessibili come supporti trasversali agli uffici di piano, condivisione di progettazioni 'standard' da caratterizzare successivamente per andare incontro alle specificità di ciascuna zona. Un aspetto ritenuto importante da alcuni, specialmente nel settore sociale e socio-sanitario dove l'abitudine alla programmazione è ancora ridotta e può essere sostenuta e supportata soltanto se resa semplice e accessibile.

### CONCLUSIONI

Questo momento di programmazione è un'occasione di ulteriore trasformazione per le zone e per la regione.

Occorre ripensare il proprio ruolo di Zona-distretto e di Società della salute, rileggendo la legge, e agire di conseguenza. Certo se le zone non si dotano degli strumenti come personale, risorse e competenze sulla gestione delle risorse, non si va lontano. Ci sono zone che non hanno ancora un direttore. La matrice organizzativa che lega il Direttore di Zona/SdS ai Direttori di Dipartimento è una tematica strategica affrontata dalla delibera 269/2009, se si riescono ad agire quei ruoli e quelle funzioni una parte delle questioni più importanti viene risolta, o almeno viene impostata una corretta interlocuzione per la loro risoluzione. È anche un'occasione per ridiscutere sfide importanti come quella del FSE, con un primo ciclo che si è concluso con soddisfazione considerate le inevitabili difficoltà di gestione legate alla novità introdotte dalla programmazione europea. A tale proposito sono state menzionate le sfide del dialogo con l'autorità di gestione e, quasi paradossalmente, un'insolita sfida di carattere culturale: il nuovo imperativo dello "spendere", in netta opposizione con l'imperativo del "risparmiare" più tristemente noto a chi negli anni passati si è occupato di programmazione.

In futuro obiettivo della Regione è anche quello di dare più certezza anche alle zone-distretto su quali saranno i flussi provenienti dal Fondo Sociale Europeo e la cadenza delle risorse, così che la programmazione operativa e strategica possa essere più strutturata e la gestione dei fondi possa essere più lungimirante. Fortunatamente, il nuovo ciclo vedrà la sanità molto più presente nella programmazione, a partire dalla rinnovata consapevolezza che intervenire sul sociale significa anche intervenire sul sanitario.

### RESTITUZIONE DELLA SESSIONE

Nel lungo e articolato discorso, è stato possibile individuare alcuni temi ricorrenti e alcune chiavi di lettura. Il primo tema senza dubbio è quello della disuguaglianza e del benessere della comunità. Si è inteso in questo senso portare o riportare la salute in tutte le politiche. Nel perseguire questo obiettivo comune, la programmazione offre un meta-approccio che tiene insieme un alto livello di attenzione, e che procede dallo specifico via via verso il generale. Il sistema di governance multilivello favorisce la conoscenza tra soggetti e promuove il confronto tra prassi zonali diverse, sia dal punto di vista della realizzazione sia dal punto di vista dei processi, che possono generare buone prassi condivise e convergenti. La program-

mazione in Toscana è dunque un luogo per “fare ordine” nelle politiche, riuscendo al contempo a rendere giustizia alle loro imprescindibili complessità. Un luogo che non è non semplice, e quindi guai ad affrontarlo con strumenti semplici. Tuttavia, è possibile rintracciare alcuni elementi cardine dello sforzo programmatico:

- Meccanismi stabili di integrazione come occasioni di formazione, condivisione del linguaggio, modelli di governance e dell'organizzazione; un processo permanente che rende meno faticoso agire nel momento di picco e di carico di lavoro come può essere la redazione di un nuovo PIS.
- Sistemi di rete che esistono, o che vanno creati, su diversi di livelli in cui agisce e interagisce un'ampia gamma di attori che trovano le loro coerenze: servizi pubblici sociali e sanitari, decisori politici, enti del terzo settore ma anche del profit.
- Gli strumenti, i tempi e gli spazi organizzativi adatti alla facilitazione di questi rapporti sono un luogo di riflessione, dove evitare che la divaricazione tra quello che è specifico e quello che deve tendere ad essere omogeneo rischi di fare danni.

In conclusione: una programmazione strategica, efficaci meccanismi di partecipazione, un ufficio di piano ben strutturato che goda di occasioni di formazione (anche avvalendosi di figure specifiche come gli 'integratori') e infine una riclassificazione del budget su base zonale, possono offrire processi stabili di confronto con le risorse territoriali.



# I PIANI INTEGRATI DI SALUTE NELLA SFIDA DELLA VALUTAZIONE

*Riccardo Nocentini, Regione Toscana*

*Donatella Pagliacci, Società della Salute Valli Etrusche*

*Gabriele Tomei, Università degli Studi di Pisa / Centro di ricerca VOIS (Valutazione degli Outcome e dell'impatto sociale)*

*Franco Berti, Società della Salute Valli Etrusche*

*Antonio Ruiu, Federsanità Anci Toscana*

## **LA VALUTAZIONE ALL'INTERNO DEL CICLO DELLA PROGRAMMAZIONE**

La valutazione nella sanità e nel sociale è ormai entrata nel novero delle tematiche più rilevanti rispetto alla pianificazione e programmazione sociale e sanitaria. In particolare, quanto alla dimensione zonale, giova ricordare la L. 40/2005, all'articolo 2 (cfr. c.1, lett. u-bis), nonché diverse delibere dell'ultimo triennio (la DGRT 573/2017 parla di valutazione ex ante, in itinere, ex post e di esito). Sulla parte ex ante viene fornito alle Zone un report con circa cinquanta indicatori, selezionati da un gruppo di lavoro costituito da specialisti (MES, ARS, OSR, Anci-Federsanità, Regione Toscana). Si tratta di uno strumentario che supporta le Zone nei processi di programmazione, monitoraggio e valutazione. Quanto al monitoraggio/valutazione in itinere, se ne può trovare traccia sul portale dedicato alla programmazione, recentemente aggiornato e innovato. La valutazione dei risultati è riservata alle singole Zone. In particolare, il MES realizza gli indicatori di accesso ai servizi. Dunque, attraverso gli indicatori elaborati nei report regionali, si può avere un quadro che possa consentire una valutazione degli input, e per gli output vale identica considerazione. Ma resta da capire cosa accada nel mezzo, vale a dire a livello di processo, tra input e output: il luogo in cui si crea valore. La Regione Toscana, in merito alla valutazione di processo, ha iniziato a ragionare non tanto su cosa valutare (p. es. analizzando la relazione tra obiettivi e attività), ma a come valutare, ponendo le basi per la costruzione di una metodologia funzionale alla valutazione di processo. Punto di partenza obbligato deve essere considerata la Zona, che funge da centro nevralgico, da social network, per utilizzare una terminologia al passo con i tempi, poiché ci si trova a gestire una vera e propria rete di attori. Difatti, nell'attenzione al come, è divenuto

indispensabile ragionare sulle modalità di coinvolgimento attivo del Terzo Settore, delle ASL, dei Comuni, dei professionisti. E ancora, a come si quantifichi un bisogno di salute, si definiscano gli obiettivi, si scelgano le priorità. La Regione Toscana, pertanto, vorrebbe provare a sviluppare un documento che possa definire una linea di azione generale per le Zone. Infine, l'ultimo aspetto rilevante è quello che deve collegare la programmazione alla lettura dei bisogni di salute, allo scopo di avere la maggiore certezza possibile sulla realizzazione di una programmazione che si attagli alle esigenze del territorio per il quale è stata costruita. Allo stesso modo, si devono avere certezze gestionali affinché le risorse a disposizione delle singole Zone possano efficacemente essere utilizzate per colmare le carenze rilevate in fase pre-programmatoria, attraverso i sistemi di monitoraggio e valutazione esistenti. Sarebbe essenziale, quindi, cercare di sviluppare un indice di correlazione tra gli obiettivi della programmazione e i bisogni di salute. Di fatto, per esempio, si fa confusione tra l'accesso ai servizi e il bisogno di salute per valutare la situazione di contesto da cui partire per la programmazione.

### **VALUTARE I SERVIZI E LE ATTIVITÀ ALL'INTERNO DEI PROGRAMMI COMPLESSI**

In ambito zonale, sarebbe auspicabile impostare un sistema di valutazione che possa essere funzionale alla creazione della programmazione: si deve definire cosa valutare nel momento in cui si comincia o ricomincia a programmare, poiché traslare a un momento successivo significherebbe inficiare in partenza il controllo di efficacia dei processi. Finora, si è pensato soltanto a valutare in termini prevalentemente di relazione causa/effetto (rispetto alla realizzazione delle attività volte agli obiettivi) e in termini meramente quantitativi: ci sono degli obiettivi di salute, all'interno dei quali si descrivono delle azioni e poi si valutano soltanto le azioni (è stato fatto o meno, quante persone sono state coinvolte, cosa dicono gli indicatori di gradimento, di soddisfazione, di copertura, che sono appena un po' più sofisticati del semplice realizzato/non realizzato). Dunque, un'analisi che si è concentrata sulla valutazione delle azioni, anziché degli obiettivi, dando per assunto che conseguendo i risultati descritti nelle azioni si sarebbe modificato il risultato previsto come obiettivo di salute. Oggi, siamo di fronte a una svolta verso una vera e propria programmazione strategica, che guarda alle nuove direttrici regionali (PSSIR 2018-2020). Per quanto concerne, nello specifico, la valutazione di processo, si tratta di tener conto dell'importanza, in primo luogo, della partecipazione, a partire da quella istituzionale (coinvolgimento dei Comuni), per proseguire con gli organismi interni, per esempio, alle SdS (Comitato di partecipazione e Consulta del Terzo Settore); ma si devono coinvolgere anche tutti i comitati, le associazioni e finanche i singoli cittadini che, a vario titolo, si sono organizzati per la difesa dell'ambiente, della salute, delle strutture ospedaliere. Finora, il processo di programmazione si è svolto prevalentemente per mano dei tecnici di zona, talvolta con la condivisione attuata nei confronti delle amministrazioni locali, limitando la partecipazione allo scalino della mera informazione. Al momento attuale, la programmazione assume, necessariamente, un significato inclusivo, non solamente informativo o di coinvolgimento formale, in cui devono essere stabilite a priori le coordinate organizzative, qualitative e quantitative, poste

a garanzia della reale partecipazione degli stakeholders. Devono essere raccolti i suggerimenti, le proposte, gli emendamenti alla bozza del nuovo Piano Integrato di Salute e si deve tener conto di tutto quanto emerso per il perfezionamento della nuova programmazione. L'ulteriore questione concerne la fase di operatività delle azioni e il monitoraggio: quale cruscotto di monitoraggio mettere in campo, chi monitora e cosa si monitora? Deve trattarsi di un monitoraggio puramente tecnico o partecipato? La logica vorrebbe una continuità dell'elemento partecipativo, dalla fase di programmazione a quella di attuazione delle azioni. Sono comprensibili le preoccupazioni su un tale assetto, soprattutto se si ragiona in termini di competenze tecniche interne alle strutture, affinché possano essere monitorati i processi anche in termini di costruzione e rafforzamento delle reti e delle relazioni con le comunità locali e i cittadini, come viene enunciato in uno dei driver definiti nel nuovo PSSIR (<<Creare una nuova relazione con i cittadini e le comunità per un sistema di salute e di welfare etico e partecipato - Promuovere la comunicazione e l'informazione come strumento per la partecipazione e l'empowerment...>>). Dunque, vi è una stringente necessità di approfondire energie sia nella fase di avvio, sia di esecuzione e monitoraggio, non soltanto in termini quantitativi, ma finanche qualitativi: serve un arricchimento delle strutture di programmazione con competenze che permettano di attivare percorsi partecipativi (non sempre e soltanto trasversali a tutti i settori, ma anche in ragione delle necessità contingenti) e di monitorare i processi attivati, anche in termini di costruzione e rafforzamento delle reti. Anche in questo caso, si tratta di attuare un driver enunciato nel PSSIR 2018-2020. La nuova frontiera di monitoraggio/valutazione è quella della valutazione di processo, connesso con una vasta rete di relazioni che richiedono molte energie di gestione ed è proprio questo il punto critico rispetto all'attuazione della nuova logica di una programmazione che miri verso un'attuazione per processi. Sotto l'aspetto operativo, dunque, l'ufficio di piano sarà certamente il fulcro del nuovo corso, come strumento trasversale a tutte le Zone Distretto e Società della Salute, anche in funzione della sua composizione, così come voluta dalla DGRT 269/2019. Il ruolo chiave dell'UDP sarà caratterizzato, oltre che dall'obbligatorietà della dotazione, dalla peculiare preponderanza nella predisposizione della programmazione e del sistema di monitoraggio e valutazione. Dunque, dovrà esser ben compreso quali e quante competenze debbano essere inserite nell'UDP e come debba funzionare in raccordo con gli staff della direzione aziendale: difatti, se non vi è un raccordo con essi, si rischia che l'UDP non riesca a svolgere appieno il ruolo assegnatogli dalla DGRT 269/2019, soprattutto in funzione della programmazione multilivello.

### **COSA E COME VALUTARE NEL SOCIALE: VERSO UN MODELLO RIFLESSIVO PER LA VALUTAZIONE DEI PIANI INTEGRATI DI SALUTE**

Prendere come oggetto di analisi valutativa il PIS significa aprire un nuovo orizzonte per i sistemi di valutazione, e per chi si sta attualmente occupando di valutazione degli outcome e dell'impatto sociale l'auspicio è quello di poter contribuire alla costruzione di un nuovo modello o di adeguare quelli esistenti verso una frontiera finora poco, o per niente, esplorata.

Si deve partire da una precisazione fondamentale: deve essere adottata una prospettiva valutativa plurima in funzione della quantità e qualità delle domande cui si debba tentare di rispondere. Dopo aver effettuato un mero esercizio di analisi dei testi normativi, per verificare quante volte il termine valutazione appaia nell'articolo della legge 328/2000 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), nella legge 40/2005 e nei PSSIR, la disamina diventa emblematica se si considera che l'introduzione di numerosi elementi valutativi nel PSSIR del 2012 si è persa per strada. Ma si potrebbe tentare di recuperarli, per capire cosa, alla luce del nuovo PSSIR 2018, si possa reinserire e sviluppare. A tal fine, per quanto concerne più specificamente il sociale, sono due, in particolare, le dimensioni da valorizzare: la valutazione d'impatto e la valutazione partecipata della qualità. Vale a dire: valutazione dei processi e degli esiti. Pertanto, ciò che rileva è il significato della valutazione come giudizio utile: a cosa serve la valutazione? Sostanzialmente, essa deve servire a due cose: ricapitolare cosa si sia fatto (funzione riepilogativa); consentire di imparare da quanto si sia fatto, rispetto a quello che si vorrebbe fare in futuro (funzione formativa). La risposta a tale duplice quesito genera tre macroquesiti: 1- il programma ha raggiunto i risultati prefissati? Si tratta dell'interrogativo più articolato e complesso, poiché contiene la valutazione degli esiti: cosa si sia raggiunto (e si può fare riferimento a tutta la serie di indicatori forniti dal sistema di raccolta esistente, che identificano la situazione di partenza dei territori, rispetto alle dimensioni valutative considerate). 2- valutare quale dovrebbe essere, dopo un certo tempo, la variazione ottenuta per effetto degli interventi. Però, tale rilevazione dei risultati, a volte è molto distante dalle azioni poste in essere. Certamente si può dire che la variazione dell'indice di povertà relativa di un territorio sia migliorata, ipotizzando che tutti gli interventi di contrasto alla povertà abbiano in qualche modo contribuito al risultato. Ma se si analizza la modalità di costruzione dell'indice e la sua rappresentatività su base regionale, che non riesce a rilevare quanto accada su scala territoriale inferiore, se si considera la frequenza di calcolo dell'indice, vale a dire i principali vincoli statistici di tale misura, si può aver idea della distanza tra questa misura e le attività che sono state svolte: ecco che si palesano dei dubbi. In ogni caso, è certamente plausibile che si utilizzino batterie di indicatori sempre più vicine ai risultati che si vorrebbero raggiungere, sempre più descrittive rispetto alle dimensioni e ai target che anche il PSSIR si pone. Però, accanto al cosa si sia raggiunto, è di fondamentale importanza interrogarsi sul come e il perché si sia raggiunto: qual è il valore che è stato creato? Spesso, sono le organizzazioni del privato sociale, ma anche quelle pubbliche, a chiedersi come si possa raccontare un aspetto così particolare: l'impegno profuso, le pratiche attivate, pur non raggiungendo l'obiettivo, oppure raggiungendolo in maniera diversa da quello misurato dagli indicatori. Dunque, il come e il perché i programmi funzionino, rappresenta un elemento centrale. Ma tutto il ragionamento dianzi sviluppato riguarda soltanto una delle domande: il programma ha raggiunto i risultati? cosa è raggiunto? come e perché? Accanto a ciò, però, ci si deve domandare se il modo con cui si stanno raggiungendo i risultati (l'insieme delle azioni, l'organizzazione che è stata attivata per raggiungerli) possa essere considerato di qualità. Paradossalmente, si tratta di una domanda da porsi

anche in assenza di un risultato (nonostante, per esempio, sia stata messa in piedi un'organizzazione specifica, siano state formate delle persone, siano state adottate delle strategie ad hoc). Pertanto, il fatto di non aver ancora concretizzato l'obiettivo non deve indurre a scartare l'insieme delle attività poste in essere, ma, piuttosto, a interrogarsi sulla qualità del sistema impiantato. Ecco che a questo punto entra in gioco la valutazione partecipata della qualità: entrano in gioco le varie voci dei territori. Difatti, la qualità viene definita attraverso indicatori che riguardano elementi non computabili, come la soddisfazione, l'inclusività, la mobilità degli interessi delle comunità, la coesività della rete territoriale, nonché tutti questi elementi insieme. Ne deriva che i diversi attori possano essere chiamati alla definizione degli indicatori. Si tratta, perciò, di uno spazio libero e creativo, rispetto all'analisi del fatto che un servizio sia, o meno, di qualità. 3- Rimane, infine, una terza domanda, che resta un po' larvata: per chi vale il programma? In realtà, vi è una serie di domande che restano in secondo piano, che riguardano la funzionalità dei servizi e hanno a che fare con l'equità (vale a dire con il fatto che il programma raggiunga tutti gli interessati e in maniera universale), con l'accessibilità (il modo in cui è stato organizzato il servizio, lo rende accessibile?), con la trasparenza. A questo punto, un modello di valutazione potrebbe essere impostato partendo dai sistemi di monitoraggio esistenti, che sono incardinati sugli indicatori per la programmazione ex ante (chi programma dovrà poi dare una restituzione in termini di avanzamento e valutazione finale), poiché rappresentano un dato rilevante per la misurazione delle attività e del loro avanzamento rispetto alle realizzazioni, ai target e ai costi. Ma non basta, poiché si dovrebbe fare uno sforzo di correlazione con gli indicatori regionali e nazionali, vale a dire con le statistiche amministrative e con tutti i dati già disponibili, al fine di economizzare le risorse (si dovrebbe evitare di chiedere più volte lo stesso dato, ma a organizzazioni diverse; per esempio quello sulla povertà: basterebbe chiedere all'I-STAT di fare un sovracampionamento, che derivi il dato rappresentativo per zona). Resta ancora da considerare la parte degli esiti: il come e il perché un determinato processo si attivi e si attivi in maniera virtuosa; ma anche il come e il perché un programma non abbia funzionato (i fallimenti sono, difatti, la più grande fonte informativa). In altri paesi esiste una tradizione di indagine sulla valutazione di processo, che cerca di modellizzare quali siano i cambiamenti in un determinato contesto per effetto delle attività poste in essere. Nel contrasto alla povertà, non si ottiene un risultato immediato con un trasferimento monetario, non c'è un meccanismo input/output automatico per cui dopo i 18 mesi un soggetto sarà uscito dalla condizione di vulnerabilità. All'interno di quell'arco temporale, lo stimolo di un soggetto attraverso il supporto economico, innesca dei meccanismi trasformativi, per cui la persona si sente più serena, trova nuovi contatti, inizia un percorso lavorativo e così via. Comprendere tali dinamiche e trasformarle in modelli confrontabili e comparabili, attraverso degli studi di caso molto approfonditi, con l'obiettivo di poterli confrontare tra loro, permette di acquisire un repertorio di meccanismi funzionanti. Attraverso di esso, si può comprendere come mai in alcuni territori un indicatore abbia dato indici positivi e in altri no e, in ogni caso, si può dare un senso al fatto che esso sia andato bene o male e con quale variabilità sia andato bene o male. Ma, soprattutto,

si possono individuare le strategie che siano risultate vincenti. In tal modo, sotto l'aspetto dell'apprendimento e della riprogrammazione, si trovano degli strumenti di valutazione più pertinenti rispetto agli indici di associazione statisticamente rilevanti tra input e output. Oggi, cominciano ad affermarsi una serie di metodiche, inseribili nell'alveo della valutazione contribuzionale: si vanno a cercare i contributi che rafforzano gli effetti di un programma (non tanto i legami che attribuiscono i risultati necessariamente a un fattore di input) mettendosi in ascolto anche rispetto agli effetti nascosti, inattesi e di lungo periodo. Ovviamente, si tratta di un modello che fa uso di diversi strumenti, quali la teoria del cambiamento, la valutazione degli outcome, la comparazione qualitativa tra gli studi di caso, la verifica delle ipotesi. Si tratta di strumentazioni che coadiuvano osservazioni non esclusivamente di tipo qualitativo (anche di tipo quantitativo), ma che pongono l'attenzione su una modalità diversa. In conclusione, quando si parla di valutazioni (al plurale) dei piani di zona la prima cosa da fare è mettersi d'accordo sulle domande che siano di vero interesse: alcune per la Regione, altre per i pianificatori locali, altre ancora per i cittadini. Pertanto, deve esser fatto lo sforzo di individuare le domane chiave, e per ciascuna di esse è necessario trovare le strategie più opportune e adeguate per dare delle risposte, attraverso la logica dell'apprendimento, per mezzo della quale fare tesoro del lavoro fatto, delle pratiche esistenti, dai quali desumere, attraverso numerose informazioni, se qualcosa si sia mosso nel territorio, facendo attenzione al perché, al come e a cosa si sia mosso. In questo modo, all'interno di un contenitore così ricco, si potranno trovare le risposte per chi si accinga a programmare, ma finanche a operare, in ambito sociale. Una nota metafora tratta da Alice nel paese delle meraviglie ci rimanda alle politiche pubbliche, in particolare a quelle sociali: non si possono applicare automaticamente le leggi della fisica, non esiste una meccanicità dell'intervento, ma si deve dialogare con gli attori, poiché se i protagonisti decidono di non giocare la stessa partita, sarà impossibile raggiungere risultati positivi. Pertanto, i programmi complessi necessitano di un accordo, di un continuo monitoraggio riflessivo di tutti gli attori.

### **LABORATORIO DI RICERCA-AZIONE: DIALOGO CON L'UFFICIO DI PIANO ZONALE PER UN POSSIBILE MODELLO DI VALUTAZIONE DI PROCESSO ALL'INTERNO DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI**

La sessione laboratoriale che ha fatto seguito agli interventi può essere sintetizzata in alcuni punti nodali che hanno caratterizzato la discussione nel merito, rispetto alle tematiche introdotte dai relatori.

Partendo dal POA della SdS delle Valli Etrusche (G. Tomei), è stato evidenziato che, attualmente, per utilizzare i concetti relativi alle modalità di valutazione più adeguate a stabilire non soltanto il cosa sia cambiato, ma anche il come e il perché, sarebbe auspicabile un focus di approfondimento qualitativo. Sulle Zone, dunque, attraverso una nuova strategia, sottoposta alla regia regionale, potrebbe essere effettuata una serie di "carotaggi" qualitativi. In tal modo, si potrebbe restituire alle Zone stesse un profilo delle specificità, al fine di discutere i casi di specie e di effettuare una valutazione condivisa, mirando a evidenziare come gli assetti organizzativi stiano funzio-

nando. D'altro canto (D. Pagliacci), in merito agli aspetti operativi della programmazione zonale, è stata evidenziata l'innegabile prevalenza dell'aspetto rendicontativo della maggior parte dei programmi, per cui la principale preoccupazione risiede nella necessità di rispondere degli aspetti finanziari. Il peso di tale priorità inficia in partenza la possibilità di prendere in considerazione gli aspetti qualitativi. Altro aspetto rilevante su cui si richiama l'attenzione (F. Berti), concerne una criticità che sta a monte del processo di programmazione, vale a dire la dispersività delle nuove dimensioni aziendali che condiziona la declinazione degli obiettivi a livello locale. Per esempio, per le cronicità, le linee di indirizzo aziendali sono le medesime per tutte le Zone e determinano gli indirizzi operativi dei medici di medicina generale, che risultano essere difficilmente permeabili rispetto agli eventuali obiettivi zonali. Dunque, il timore è quello che si perda del tutto l'aggettivo locale, che, secondo logiche operative e obiettivi generali ben precisi, era stato attribuito all'Unità Sanitaria Locale. La relazione di dipendenza diretta da Dipartimenti centralizzati, peraltro, rende ancor più difficile orientare in senso locale le politiche di programmazione. In merito, invece alla costruzione condivisa delle priorità, quando si attivano i meccanismi di partecipazione, le aspettative dei cittadini assumono direzioni divergenti (rivolte soprattutto alla valutazione delle tempistiche di offerta dei servizi sanitari), rispetto alle logiche della programmazione. Idealmente, dunque, sarebbe importante riuscire a trovare un modo efficace di condivisione a priori degli obiettivi principali della programmazione. Infine (D. Pagliacci), si pone in rilievo come anche nella programmazione i vincoli di performance assumano un peso imprescindibile ex ante, andando a condizionare la libertà di definizione degli obiettivi. E ciò vale per la maggior parte delle azioni zonali, che devono sottostare a un sistema di valutazione prestabilito, che predefinisce i parametri e ne stabilisce i caratteri. D'altro canto (L. Caterino), si propone una chiave di lettura trasversale, suggerendo che la valutazione della qualità possa, appunto, tagliare trasversalmente le organizzazioni e i servizi, andando a recuperare il valore che, per esempio, sta all'interno dei Comuni e delle SdS. In sintesi, poiché la valutazione ai due livelli estremi (base: le azioni; vertice: gli obiettivi) par'essere piuttosto complessa e priva di immediatezza, si potrebbe pensare di utilizzare come elementi di qualità: l'integrazione professionale tra sociale e sanitario; il grado di coinvolgimento del livello istituzionale, rispetto ai processi di pianificazione e programmazione, ma anche di gestione ed erogazione dei servizi; il coinvolgimento dei cittadini rispetto alla programmazione e alla valutazione di qualità; la presenza e la strutturazione dell'ufficio di piano, che rappresenta l'infrastruttura che funge da perno per l'intero processo di programmazione; il coinvolgimento del Terzo Settore. Avviando i ragionamenti alla sintesi per la conclusione (G. Tomei), si suggerisce di lavorare in maniera serrata sulla definizione degli obiettivi, ponendosi gli interrogativi fondamentali: cos'è che rende qualitativo, cos'è che rende di valore? L'insieme delle dimensioni deve essere ben definito e identificato, affinché si possano determinare gli indicatori che siano davvero utili. Inoltre (R. Nocentini), rispetto al perché, al cosa e al come, si deve ricordare come alla Regione Toscana spetti in ogni caso, ineludibilmente, un'analisi costi/benefici regionale e zonale. Nonostante ciò, certamente, la citata teoria del cambiamento risulta essere molto affascinante e

suggestiva, poiché evidenzia l'importanza di dare un senso all'agire di tutti gli attori coinvolti. Dunque, la valutazione non deve essere una sovrastruttura, ma un metodo di lavoro rivolto al cambiamento, che costruisca, in una comunità di persone, un significato. In più (A. De Conno), si può specificare che l'osservazione e la valutazione devono camminare insieme. Si deve andare a valutare cosa accada nel cambiamento delle persone e dei territori, modificando radicalmente l'assetto della valutazione, poiché attualmente è assolutamente inadeguato per capire cosa si debba fare. Difatti, la valutazione deve servire a valutare i fenomeni pluridimensionali e, dunque, sono necessarie delle task force di osservazione e valutazione, che analizzino trasversalmente le diverse dimensioni cui sovrintende la Regione Toscana.

# LA PROMOZIONE DELLA QUALITÀ NEL SISTEMA SANITARIO E SOCIALE INTEGRATO TOSCANO

*Barbara Trambusti, Responsabile di Settore Politiche per l'Integrazione Socio Sanitaria - Regione Toscana*

*Laura Brizzi, Direttrice Sociale Azienda Toscana Nord-Ovest*

*Antonia Peroni, Direttrice Assistenziale Fondazione Maffi*

*Carmine Di Palma, Presidente ANSDIPP Associazione Nazionale Manager del Sociale e del Socio Sanitario - Sezione Toscana*

*Eleonora Moretti, Commissione Regionale per la Qualità e la Sicurezza*

*Andrea Dilillo, Direttore Generale FTSA - Fondazione Territori Sociali Altavaldelsa*

*Barbara Giachi, Federsanità ANCI Toscana*

## INTRODUZIONE

Nel contesto sanitario e sociosanitario toscano le politiche per la qualità sono parte integrante della governance del sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale (L.r. n.41/2005) e vengono sostenute attraverso un processo di promozione e miglioramento continuo delle prestazioni, dell'efficienza dell'organizzazione, dell'uso delle risorse e della formazione. Nel corso del tempo si sono sviluppati processi e misure che hanno come oggetto una valutazione formale, sistematica e periodica della qualità di un'organizzazione in relazione all'approccio gestionale, organizzativo e relazionale con i cittadini. Tra questi strumenti, l'accreditamento rappresenta il percorso istituzionale di verifica e di garanzia della qualità dell'assistenza, i cui requisiti tecnico-professionali, organizzativi e strutturali sono definiti a livello regionale. L'accreditamento è il processo che permette a soggetti pubblici e privati di fare gli accordi necessari per erogare prestazioni sociali e sociosanitarie per conto degli enti pubblici competenti e devono perciò seguire e rispondere a procedure e standard di qualità conformi alle indicazioni regionali, regolarmente verificati e controllati. I cittadini richiedono sempre più servizi personalizzati e flessibili che assicurino possibilità di scelta libera e diretta, e l'accreditamento consente loro di esercitare il diritto di scelta nell'ambito delle strutture e dei servizi accreditati e disponibili.

Per la governance del sistema qualità è centrale e innovativo il ruolo della "Commissione Regionale per la Qualità e la Sicurezza" (art.40 della L.R. n.51/2009) che, come

per l'ambito sanitario, anche per il sociale integrato svolge funzioni tecnico-scientifiche, consultive e di tutela e garanzia di equità, qualità e sicurezza. La Commissione è l'organismo di supporto istituzionale per le materie afferenti all'accreditamento ed ha il compito di monitorare l'appropriatezza del sistema di requisiti e indicatori, di proporre eventuali aggiornamenti normativi e di analizzare l'attuazione del processo di accreditamento nel territorio regionale. Nuova, a tal fine, anche l'impostazione regionale che valorizza la funzione della Commissione nel dare supporto e accompagnare gli attori del sistema nel percorso di miglioramento continuo della qualità.

Il tema è importante e ricco di spunti di riflessione: per questo motivo Federsanità Anci Toscana, in occasione del 14° Forum Risk Management, ha organizzato un Focus Group centrato sulla promozione della qualità nel sistema sanitario e sociale integrato con l'obiettivo di creare un momento di incontro e di confronto tra i professionisti che, con ruoli e strumenti diversi, partecipano e collaborano alla realizzazione del sistema qualità.

La tecnica del Focus Group è stata scelta proprio per avere un sistema di osservazione unico, come momento di raccordo tra punti di vista e spunti di riflessione diversi con in comune l'obiettivo di promuovere un miglioramento continuo del percorso di qualità.

### **LO SCENARIO REGIONALE ATTUALE**

Regione Toscana disciplina l'accreditamento delle strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche e private, dei servizi di assistenza domiciliare e degli altri servizi alla persona, compresi quelli che operano nelle aree dell'integrazione sociosanitaria, attraverso la L.r. 28 dicembre 2009 n.82 *Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato* che nel corso degli ultimi anni è stata oggetto di revisioni e modifiche.

L'accreditamento è lo strumento che promuove la qualità del sistema integrato dei servizi e delle prestazioni e favorisce la pluralità di offerta dei servizi, l'adeguatezza alla soddisfazione dei bisogni e il raggiungimento di un livello omogeneo di qualità su tutto il territorio regionale.

Le strutture e gli erogatori dei servizi di assistenza domiciliare e degli altri servizi alla persona solo con l'accreditamento sono idonei ad erogare, per conto degli enti pubblici competenti, prestazioni sociali e sociosanitarie perché è la condizione preliminare e necessaria per la stipula di accordi contrattuali, compatibilmente con le risorse disponibili. In questa cornice, i cittadini - destinatari delle prestazioni - possono esercitare il diritto di scelta nell'ambito delle strutture e dei servizi accreditati e disponibili, anche tramite titoli di acquisto, la cui erogazione è subordinata alla definizione di un progetto individuale di intervento nell'ambito del percorso assistenziale personalizzato (art.7 della l.r. n. 41/2005), nel rispetto della disciplina dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) e dell'art. 14 della L.r. 18 dicembre 2008 n.66 Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza. Le modalità per la concessione, gestione ed erogazione dei titoli di acquisto sono definite dal regolamento di cui all'art. 11.

I requisiti per l'accreditamento riguardano l'intero processo di produzione, erogazione e fruizione dei servizi e sono:

- per le strutture: la gestione del servizio in relazione al sistema organizzativo; gli aspetti tecnico-professionali e formativi, quali espressione delle conoscenze, competenze e abilità tecniche e relazionali degli operatori; la modalità di rilevazione della soddisfazione degli utenti e degli operatori;
- per i servizi di assistenza domiciliare: elementi organizzativi, di professionalità ed esperienza, atti a rispondere ai bisogni di cura della persona nell'ambiente domestico e a valorizzare le competenze degli operatori; modalità di rilevazione della soddisfazione degli utenti e degli operatori, ad esclusione degli operatori individuali;
- per gli altri servizi alla persona: elementi organizzativi caratterizzati da elevata capacità di risposta nei tempi e nelle modalità di erogazione dei servizi, elementi di competenza professionale e di esperienza socioassistenziale tali da garantire l'appropriatezza e l'adeguatezza necessarie ad assicurare la gestione di situazioni complesse sia a livello relazionale che per la contestualità di esigenze eterogenee fra loro.

I requisiti generali per l'accreditamento, distinti per tipologia di servizio, sono definiti tramite specifico Regolamento, mentre i requisiti specifici, sempre distinti per tipologia di servizio, sono definiti con deliberazione della Giunta Regionale, così come gli indicatori per la verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti. La Delibera è stata scelta come l'atto normativo più idoneo ad attivare - nel breve periodo - eventuali azioni correttive per il miglioramento continuo della qualità.

Per le strutture pubbliche e private individuate dall'art. 21, comma 1, della l.r. n.41/2005, l'accreditamento può essere richiesto dalle sole se queste sono in possesso dell'autorizzazione al funzionamento e viene rilasciato dalla Giunta Regionale a seguito della presentazione di dichiarazione sostitutiva sottoscritta dal legale rappresentante della struttura, in ordine alle seguenti condizioni: a) possesso dell'autorizzazione al funzionamento; b) possesso dei requisiti generali e specifici contenuti nel regolamento attuativo della L.r. n.82/2009. L'accreditamento istituzionale ha cinque anni di validità, decorrenti dalla data del rilascio. La Giunta Regionale comunica l'avvenuto rilascio dell'accreditamento al comune competente per territorio e istituisce l'elenco delle strutture accreditate.

Per lo svolgimento dell'attività di controllo per le strutture del sistema sociale integrato, la Giunta Regionale si avvale del Gruppo Tecnico Regionale di Valutazione al quale è preposto un coordinatore ed è costituito da esperti in materia di qualità e di valutazione delle prestazioni del sistema sociale integrato.

I soggetti pubblici e privati, compresi gli enti e organismi a carattere non lucrativo, sono accreditati per l'erogazione dei servizi di assistenza domiciliare e degli altri

servizi alla persona dal Comune nel cui territorio hanno la sede operativa a seguito di presentazione di dichiarazione sostitutiva del rappresentante legale, che attesta il possesso dei requisiti richiesti dal regolamento per lo svolgimento del servizio. I soggetti accreditati effettuano la verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti sulla base degli indicatori previsti da specifica deliberazione della Giunta Regionale.

### IL NUOVO DISEGNO REGIONALE<sup>1</sup>

Uno dei più importanti elementi di cambiamento che sono stati introdotti con la modifica della L.r. n.82/2009 ha interessato le strutture del sistema integrato e riguarda lo spostamento della competenza in materia di accreditamento dal livello comunale a quello regionale, ritenuto il livello ottimale per garantire standard qualitativi uniformi su tutto il territorio toscano. Diversamente, l'autorizzazione al funzionamento di tali strutture - che è la condizione necessaria per accreditarsi - rimane di competenza del Comune ove risiede la sede operativa. Nessun cambiamento ha invece riguardato il sistema dei servizi di assistenza domiciliare e di altri servizi alla persona, per i quali il Comune mantiene la titolarità in merito all'accREDITAMENTO e la Regione riguardo alla normativa.

Il processo di rinnovamento è ormai partito e sono in fase di predisposizione gli atti necessari per l'adozione di una nuova legge e di un nuovo regolamento regionale. L'obiettivo principale è quello di evitare troppa frammentazione e disomogeneità dell'applicazione della legge per le verifiche previste dall'accREDITAMENTO; dall'altro di rafforzare il ruolo della Commissione multidisciplinare (art.20 L.r. n.41/2005), di cui il Comune si avvale per esercitare le attività di vigilanza (art.23 L.r. n.41/2005) nell'ambito dei controlli previsti dal procedimento di autorizzazione al funzionamento.

La funzione di controllo e di verifica sulle strutture, sull'organizzazione e sul personale è molto importante per permettere al Comune di vigilare sulla regolarità delle strutture che insistono nel proprio territorio, anche attivando sistemi di sanzioni; ma diversa è la funzione che deve valutare la qualità dei servizi che vengono erogati all'interno delle strutture rivolte a destinatari fragili, come anziani, disabili e minori. Per queste ragioni regione Toscana ha voluto differenziare le competenze istituzionali per i due procedimenti, autorizzazione al funzionamento e accREDITAMENTO, il ruolo di garante della qualità del sistema alla "Commissione Regionale per la Qualità e la Sicurezza".

L'accREDITAMENTO deve perciò puntare alla qualità dei servizi e le strutture devono essere valutate per consentire di programmare al meglio l'attività attraverso indicatori specifici, differenziati per tipologia di struttura e area di utenza. In quest'ottica di lavoro, l'attività dei valutatori non viene concepita come mero controllo, ma come supporto ai gestori delle strutture per migliorare i servizi erogati.

Sono stati questi i motivi che hanno separato le due competenze ed hanno assegnato ad un soggetto regionale l'attività di supporto e di garanzia al sistema, che si avvale di un gruppo di valutatori regionali unico e composto da professionisti, appositamente selezionati, che opereranno in stretto raccordo anche con l'ambito

<sup>1</sup> Barbara Trambusti - Responsabile di settore *Politiche per l'integrazione sociosanitaria* - Regione Toscana

sanitario. Un aspetto importante da sottolineare riguarda proprio la collaborazione della Commissione che opera nell'ambito del sistema integrato con quella di parte sanitaria, che già da tempo ha lavorato e maturato tradizione e esperienza nel settore.

Per la "Commissione Regionale per la Qualità e la Sicurezza" si apre un'importante fase di lavoro tesa a raggiungere una propria e completa autonomia funzionale, necessaria perché vengano svolti compiti che non possono essere assimilati né alle attività di controllo svolte dalla Commissione di Vigilanza in ambito del procedimento autorizzativo, né a quelle svolte in ambito specificamente sanitario. La finalità rimane quella di promuovere un percorso di miglioramento continuo della qualità, basato sul dialogo con i rappresentanti e i gestori delle strutture, per offrire ai cittadini servizi di qualità.

## **IL RUOLO DELLA COMMISSIONE QUALITÀ E SICUREZZA E DEL GRUPPO TECNICO DEI VALUTATORI<sup>2</sup>**

L'accreditamento si basa su un'autocertificazione. Il legale rappresentante di una struttura, per ottenere l'accreditamento, deve autocertificare il possesso dell'autorizzazione al funzionamento - che è la condizione necessaria per richiedere all'accreditamento - ed il possesso di requisiti generali e specifici, differenziati per tipologia di struttura e area di utenza.

Sono queste le fondamenta su cui si costruisce il percorso di accreditamento, che intende tutelare i cittadini attraverso un sistema di autocertificazione, al tempo stesso controllato e garantito a livello regionale sia dalla Commissione qualità e sicurezza, sia dal Gruppo tecnico regionale di valutazione. Sono questi i due elementi di garanzia e di vera tutela del sistema di qualità regionale nell'ambito dell'accreditamento delle strutture del sistema sociale integrato.

Centrale il ruolo della Commissione qualità e sicurezza che deve tenere una regia unica e regionale, che passi oltre le differenze che attualmente caratterizzano il sistema dei controlli territoriali e che sia capace di garantire uniformità rispetto ai contenuti e alla tempistica dei sopralluoghi.

L'aver una regia unica deve soprattutto assicurare un sistema di valutazione omogeneo su tutto il territorio e alimentare un rapporto di continua interazione con il gruppo dei valutatori che, ancora prima che verificatori, sono valutatori. Per questo motivo Regione Toscana ha investito molto nel sistema di formazione, che deve essere continua e permanente: se il processo di accreditamento parte dal possesso delle nuove checklist di requisiti e indicatori, nel corso del consolidamento del sistema qualità, emergeranno casistiche specifiche e situazioni di eventuali criticità o comunque di complessità che saranno oggetto di analisi nei momenti di formazione "in aula". La formazione sarà quindi di aiuto nel trovare soluzione a casistiche che saranno oggetto di approfondimento da parte del gruppo di valutatori. Solo con un ritorno continuo in aula si concretizza la possibilità di garantire la tenuta sistema dei requisiti e di valutare la tenuta di uno standard. La partenza del nuovo percorso di accreditamento è prevista con indicatori tarati al tempo zero; la possibilità di avere

<sup>2</sup> Eleonora Moretti - Commissione regionale per la qualità e la sicurezza

un feedback dal territorio offrirà l'occasione per poter valutare gli standard costruiti e rivedere eventualmente alcuni indicatori, in maniera selettiva e ragionata.

### **OMOGENEITÀ E PERCORSI DI ECCELLENZA<sup>3</sup>**

La costituzione della Commissione qualità e sicurezza non è solo un adempimento normativo ma è il primo passaggio verso il nuovo sistema qualità regionale. Gli aspetti più importanti del processo sono legati da un lato alla dimensione "condivisa" e di raccordo con il settore sanitario, e dall'altro ad elementi di specificità che riguardano il sociale integrato che verranno valorizzati durante lo svolgimento dell'attività.

La commissione lavorerà sull'applicazione di questo nuovo sistema di accreditamento che è frutto di un percorso di lavoro iniziato diversi anni fa con l'obiettivo di garantire omogeneità sul tutto il territorio toscano. Per questo è importante la definizione di standard minimi al di sotto dei quali non bisogna scendere, ma al tempo stesso è altrettanto importante creare anche i presupposti per dare spazio alle particolarità e alle eccellenze, di cui è ricca l'esperienza territoriale. La Commissione ha infatti la funzione di non rendere l'accreditamento una mera questione matematica, definita dal raggiungimento di percentuali numeriche, ma di promuovere un miglioramento continuo nel sistema, facendo emergere e valorizzando percorsi di eccellenza.

### **ALTRI ELEMENTI DI QUALITÀ: RELAZIONI E FORMAZIONE<sup>4</sup>**

La Fondazione Territori Sociali Alta Val d'Elsa rappresenta una realtà unica nel panorama non solo toscano ma anche italiano perché è un'organizzazione in house dei Comuni della zona che gestisce per conto dei Comuni e della Società della Salute il sistema dei servizi sociali e sociosanitari, comprese le strutture RSA per anziani non autosufficienti, per disabili e per contrasto della violenza sulle donne.

L'obiettivo regionale di garantire omogeneità territoriale non deve essere confuso con l'omologazione e per questo occorre dare spazio alle eccellenze, analizzando elementi di qualità poco considerati.

Il primo elemento riguarda gli interventi di prevenzione: nelle strutture spesso arrivano persone in situazioni cliniche critiche e compromesse, per cui diventa sempre più difficile dare qualità che possa consentire un miglioramento psicofisico della persona, senza ridursi soltanto ad attività di vigilanza e di custodia.

Altro elemento riguarda la necessità di creare maggiore collegamento tra strutture territoriali e ospedali: occorre lavorare in maniera molto forte sulle capacità di accesso e sul miglioramento dell'accessibilità da parte di persone che sono molto fragili, come le persone disabili o con gravissime disabilità o le persone anziane in condizione di non autosufficienza. A questo fine sarebbe di grande utilità riuscire a creare dei momenti di formazione comune fra gli operatori delle strutture residenziali e gli operatori del pronto soccorso.

La formazione rappresenta un altro importante fattore di qualità del sistema, e deve essere rivolta non solo a coloro che operano nel campo della valutazione, ma a tutti

<sup>3</sup> **Antonia Peroni** - Direttrice assistenziale della Fondazione Maffi

<sup>4</sup> **Andrea Dilillo** - Direttore Generale FTSA - Fondazione Territori Sociali Altavaldelsa

i professionisti che lavorano nel sistema sociosanitario. La situazione attuale è molto critica perché mancano operatori sociosanitari e infermieri e occorre trovare agenzie formative accreditate, complementari alle Aziende Sanitarie che da sole non sono in grado di gestire i numeri di cui il sistema ha bisogno. Bisogna valorizzare maggiormente la formazione professionale perché rappresenta un importante elemento di qualità che differenzia tra loro strutture e servizi.

Nella prospettiva di attuazione del nuovo modello di accreditamento, i valutatori regionali che effettueranno il sopralluogo di verifica, dovrebbero coinvolgere gli operatori che sono quotidianamente impegnati nell'organizzazione delle attività, altrimenti si corre il rischio di demotivare il personale. Dovrebbero essere adottate metodologie e tecniche di valutazione basate sulla partecipazione per valorizzare la componente empatica e relazionale. L'obiettivo è rafforzare la motivazione degli operatori, coinvolgendoli anche nell'aspetto valutativo attraverso strumenti complementari agli indicatori, basati su tecniche e dinamiche relazionali.

Un altro tema - sempre strettamente legato alla qualità - coinvolge il rapporto fra i medici di medicina generale, le strutture e gli operatori che vi lavorano dentro: vi sono strutture dove i 60 ospiti sono seguiti da circa 40 medici di medicina generale, ciascuno dei quali dà indicazioni diverse su le modalità di cura della stessa patologia, creando situazioni organizzative molto difficili per la somministrazione dei farmaci. Occorre maggiore uniformità per migliorare l'organizzazione del servizio.

Infine, riguardo agli indicatori, è importante lavorare su aspetti del sistema che siano tangibili e misurabili, come ad esempio i piani di assistenza, anche se spesso non è affatto facile perché vi sono realtà organizzative tra loro molto diverse.

A conclusione della panoramica degli elementi di qualità del sistema, si sottolinea nuovamente l'importanza della programmazione per la verifica dell'offerta dei servizi e non solo della domanda. Questo è un aspetto strategico perché la Società della Salute può esprimere soltanto un parere obbligatorio ma non vincolante rispetto al fabbisogno di risorse della zona, dove la proliferazione di strutture sociosanitarie potrebbe diventare nel medio-lungo periodo poco sostenibile.

## **IL SISTEMA DI VIGILANZA E CONTROLLO<sup>5</sup>**

Il concetto di omogeneità è importante e va quindi letta in chiave positiva la presenza di una Commissione unica regionale, che abbia competenze specifiche in merito all'accreditamento. Accredimento significa qualità, ovvero significa lavorare in qualità e sicurezza ed è quindi importante che vi sia un punto di vista unico regionale per rimarcare questo aspetto.

Il nuovo scenario regionale rappresenta una tappa importante, necessaria ed anche urgente perché fino ad ora in Toscana vi era un sistema di accreditamento puramente formale, cioè fatto di fogli con indicati una serie di requisiti generali e specifici che le singole strutture dovevano ottemperare attraverso una autocertificazione. L'accreditamento è stato trattato come un mero adempimento burocratico, poco legato alla qualità dei servizi.

Con il nuovo quadro normativo si introduce un nuovo processo di verifica della qua-

<sup>5</sup> Laura Brizzi - Direttore Sociale Azienda Toscana Nord-Ovest

lità e della sicurezza guidato dalla regia regionale, che trova nella Commissione di vigilanza aziendale un importante strumento di controllo.

Occorre tuttavia sottolineare che non si può parlare di accreditamento senza prima aver attivato un sistema di vigilanza per verificare in maniera forte la qualità e la sicurezza all'interno delle strutture richiesta dall'autorizzazione al funzionamento. La prima condizione per un sistema di qualità è che ci sia vigilanza sulle strutture e che le strutture rispondano ai requisiti generali e specifici minimi strutturali, organizzativi e di personale contenuti nel Regolamento DPGR n.2/R/2018. Questo implica utilizzare personale dedicato.

Occorre quindi aprire un momento di riflessione sull'opportunità di definire una norma regionale che si occupi del personale dedicato alle azioni di vigilanza e controllo delle strutture perché l'accreditamento non sia solo formale, ma anche sostanziale. Oggi il lavoro di Vigilanza è rallentato perché non c'è abbastanza personale che si occupa di verificare i requisiti di funzionamento richiesti dall'autorizzazione, mentre solo la presenza di un'azione strutturata e continua di vigilanza consente di capire come una struttura effettivamente funziona e quale standard di qualità di servizio offre.

Il primo elemento per l'accreditamento dovrebbe essere la verifica che siano rispettati i requisiti di funzionamento richiesti dall'Autorizzazione.

In Toscana abbiamo aderito al sistema della libera scelta trovandoci di fronte venditori esterni che stanno chiedendo in maniera forte di poter costruire strutture con 240 posti letto, in diverse zone della nostra azienda ASL Toscana Nord-Ovest

Un'esperienza importante è stata quella di promuovere una sola modalità di vigilanza in tutta l'azienda, attivata attraverso una sola commissione di vigilanza, che svolge i controlli in tutte le strutture utilizzando un unico metodo di valutazione. Per promuovere questo sistema di controllo è stato predisposto un unico regolamento aziendale e delle check-list condivise da tutti i dipartimenti interessati. La procedura è stata certificata in Qualità, dando la possibilità agli operatori di lavorare in sicurezza e alle strutture la consapevolezza degli aspetti che sono oggetto di vigilanza e controllo, facendo chiarezza sugli obiettivi e sui requisiti richiesti.

### **APPROCCIO SISTEMICO ALLA QUALITÀ<sup>6</sup>**

In Toscana ci troviamo di fronte a realtà territoriali molto eterogenee, tali per cui nella stessa Azienda sanitaria ci sono forti differenze tra le modalità di valutazione attivate dalle molteplici Commissioni di Vigilanza e Controllo. Dunque forte e urgente è la necessità di definire una cornice omogenea e di riferimento entro la quale svolgere valutazioni.

Le commissioni si comportano in modo diverso: ci sono alcune commissioni che vanno nel dettaglio della parte sanitaria ed altre che invece si muovono più sugli aspetti relativi al piano sociale. Manca un bilancio equilibrato tra la dimensione della salute e la dimensione socio relazionale perché sono questi gli aspetti che dovrebbero in qualche modo garantire il benessere all'interno delle nostre strutture. Sul piano

<sup>6</sup> Carmine Di Palma - Presidente ANSDIPP (Associazione Nazionale dei manager del sociale e del sociosanitario) sezione Toscana

dell'accreditamento, la governance a livello regionale può avviare un processo di omogeneità su tutto il territorio e sarà pertanto centrale il ruolo della commissione e delle persone dedicate alla valutazione dei servizi. La sfida che ha la commissione e anche il gruppo tecnico riguarda la necessità di lavorare in modo sistemico per ottimizzare l'organizzazione delle risorse umane che fanno parte del sistema, ciascuna con ruoli e funzioni diverse. Nella concreta attività di lavoro si fa riferimento all'infermiere della RSA che viene mandato a prendere i referti in ospedale; all'attivazione delle tessere sanitarie per facilitare iter burocratici legati alla privacy; la continuità assistenziale per consentire dimissioni ospedaliere protette e garantire raccordo costante e continuo tra la struttura RSA e l'ospedale o il Pronto soccorso; le modalità di dimissione dalla struttura che deve essere programmata sulla base dell'organizzazione della RSA; la conciliazione farmaceutica dei piani assistenziali. Sono questi temi importanti sui quali occorre lavorare in modo sistemico, come deve essere sistemico il ragionamento sulla qualità, sulla salute e sulla sicurezza dei cittadini.

### **VIGILANZA VS. VALUTAZIONE<sup>7</sup>**

A chiusura e in risposta alle osservazioni emerse sul tema accreditamento, importante è mantenere distinti i due istituti: quello relativo all'autorizzazione al funzionamento e quello relativo all'accreditamento. L'accreditamento nasce sul presupposto del possesso dell'autorizzazione, che richiede che la struttura possieda alcuni importanti elementi e requisiti di base strutturali, organizzativi e di personale.

Ragionare su percorsi di accreditamento significa ragionare su elementi aggiuntivi di qualità che possiedono le circa 800 strutture attive nel territorio toscano, regolarmente autorizzate. I problemi relativi alle risorse devono essere affrontati, coinvolgendo le Aziende Sanitarie che devono decidere come allocare le risorse umane ed economiche di propria competenza. Sono tutti molto interessanti - ai fini dell'accreditamento - i temi che sono stati evidenziati in precedenza, legati a: la formazione del personale, le dimissioni ospedaliere protette, la necessità di assicurare continuità assistenziale tra Pronto Soccorso e RSA, il bisogno di garantire livelli minimi di conciliazione farmaceutica, la programmazione degli orari per l'accettazione e la dimissioni dei pazienti delle RSA. Tutti questi fattori sono elementi che concorrono a determinare la qualità del sistema e che fanno la differenza tra aspetti da vigilare in autorizzazione e aspetti da valutare in accreditamento.

Lo scopo dell'accreditamento è cogliere la presenza di un processo di miglioramento rispetto ad un aspetto del processo sul quale si è fatta formazione. La funzione tecnico-scientifica svolta dalla Commissione qualità e sicurezza consiste proprio nel dare supporto agli attori del sistema del sociale integrato, segnalando problemi o temi da affrontare in ambito formativo. L'attività della Commissione è svolta attraverso metodologie e strumenti di lavoro omogenei, che utilizzano indicatori condivisi per cercare di misurare in maniera per quanto più possibile oggettiva gli standard di qualità raggiunti su tutto il territorio toscano. Nell'ottica regionale, il controllo dei valutatori deve essere omogeneo e mirato su aspetti uniformi. Questo è il motivo per cui gli indicatori sono concepiti come strumenti di supporto al percorso di valutazio-

<sup>7</sup> **Barbara Trambusti** - Responsabile di settore Politiche per l'integrazione socio sanitaria - Regione Toscana

ne, perché sono informazioni attraverso cui è possibile verificare se nel tempo si assiste ad un miglioramento, che potrà essere misurato e condiviso con le strutture. La prospettiva è quella di offrire un servizio migliore per i cittadini che chiedono servizi sempre più appropriati: l'obiettivo di regione Toscana è riuscire a misurare la qualità con indicatori quantificabili, proprio per migliorare le prestazioni offerte ai cittadini.

Il nuovo quadro normativo toscano, con la nuova legge sull'accreditamento, apre un nuovo scenario per il sistema qualità regionale, non solo riguardo alle strutture residenziale e semiresidenziale del sociale integrato ma anche ai servizi di assistenza domiciliare e tutti gli altri servizi alla persona. Il processo di rinnovamento, anche se è all'inizio del suo percorso, è basato su di una impostazione regionale. L'impianto tecnico-scientifico utilizzato dalla "Commissione di controllo e sicurezza" consente ai valutatori di utilizzare strumenti e standard capaci di misurare il livello di qualità raggiunto dalle risorse del sistema sociale integrato. Tale misurazione ha l'obiettivo di promuovere e predisporre dei piani di miglioramento continuo degli standard raggiunti e offerti ai cittadini.

La spinta verso il miglioramento continuo è la finalità del progetto di accreditamento toscano, e la sfida che lo attende è quella di definire e utilizzare strumenti standard, ma capaci di cogliere la variabilità rappresentata dalle eccellenze territoriali, mantenendo sempre vivo il dialogo e l'interazione con tutti gli attori del sistema,

#### Riferimenti normativi

- Decreto del Presidente della Giunta Regionale N° 148 del 03 ottobre 2019 "Commissione regionale per la qualità e la sicurezza delle strutture sanitarie. Nomina della Sezione per l'accreditamento sociale integrato."
- Decreto del Presidente della Giunta Regionale 9 gennaio 2018, n. 2/R "Regolamento di attuazione dell'articolo 62 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale)."
- Delibera n.636 del 13/05/2019 "Integrazione "Commissione regionale per la qualità e la sicurezza" prevista dall'articolo 40 della l.r. n. 51/2009, con i componenti della sezione per l'accreditamento sociale integrato."
- Legge regionale 28 dicembre 2009, n. 82 "Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato."
- Legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 "Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento."
- Legge regionale 18 dicembre 2008, n.66 "Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza".
- Legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale."

# LA PARTECIPAZIONE CIVICA IN SANITÀ

*Roberta Bottai - Regione Toscana, Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale*  
*Anna Lisa Mandorino, Cittadinanzattiva*  
*Cristina Malvi, Azienda USL Bologna*  
*Sara Branchini, Centro Antartide - Università Verde Bologna*  
*Silvia Cervia, Università degli Studi di Pisa*  
*Luca Caterino, Federsanità ANCI Toscana*

## INTRODUZIONE

Già la legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (Legge 23 dicembre 1978, n.833), all'interno del suo primo articolo, riconosceva un ruolo importante alla partecipazione dei cittadini e alle associazioni di volontariato, chiamate a concorrere ai fini istituzionali del servizio. Nel corso degli anni, la partecipazione - autonoma o strutturata all'interno di enti associativi - si è qualificata fino a diventare un tratto ineludibile delle forme di programmazione, organizzazione, gestione e valutazione dei servizi sanitari e socio-sanitari, portando all'interno del sistema quelle che sono l'iniziativa, le competenze e i punti di vista non professionali e politici, ma propri dei cittadini, coerentemente con il principio di sussidiarietà richiamato dall'art.118, comma 4, della nostra Costituzione<sup>1</sup>. Oltre alla richiamata Legge 833, il principio partecipativo è stato richiamato all'interno di molteplici norme nazionali, come l'art. 14 del d.lgs. 502/1992 (Riordino della disciplina in materia sanitaria), l'art. 12 del d.lgs. 229/1999 (Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale), la legge 328/2000 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), fino a giungere a provvedimenti più recenti come il Piano nazionale malattie rare 2013-2016, il Piano nazionale della cronicità 2016, i Piani nazionali e regionali per la prevenzione 2014-2019 (e nella attuale redazione del nuovo piano 2020-2025) e il Piano nazionale per le liste d'attesa 2019-2021 (*Consultazione sulla partecipazione civica in sanità, Cittadinanzaattiva, 2019*).

---

<sup>1</sup> Il presente contributo rappresenta una sintesi degli interventi e della discussione moderata da Luca Caterino (Federsanità-Anci Toscana) e tenuta da Roberta Bottai (Regione Toscana), Anna Lisa Mandorino (Cittadinanzattiva), Cristina Malvi (Azienda USL Bologna), Sara Branchini (Centro Antartide – Università Verde Bologna) e Silvia Cervia (Università degli studi di Pisa).

Nell'ambito dei rapporti tra Pubblica Amministrazione e soggetti del Terzo settore, occorre poi richiamare l'art.55 del Codice del Terzo settore (D. lgs. 117/2017) e i principi di co-programmazione (finalizzata all'individuazione dei bisogni da soddisfare, degli interventi a tal fine necessari, delle modalità di realizzazione degli stessi e delle risorse disponibili) e co-progettazione (finalizzata alla definizione ed eventualmente alla realizzazione di specifici progetti di servizio o di intervento finalizzati a soddisfare bisogni definiti) nell'ambito delle attività di interesse generale, che pongono l'ente di Terzo settore come partner del soggetto pubblico per il raggiungimento di finalità condivise.

A partire dalle previsioni costituzionali e normative, la partecipazione di cittadini e associazioni in sanità si è spesso scontrata con il tema della sua effettività, ovvero della capacità di generare effetti concreti e duraturi sul sistema dei servizi. Tale criticità trova origine anche dalle forme, individuate dalle Istituzioni, per rendere fattiva ed efficace la partecipazione. La strutturazione di processi e pratiche partecipative in sanità che non coinvolga cittadini e associazioni, già nella fase di loro disegno, oltre a essere una contraddizione in termini, costituisce un grosso nodo critico perché rischia di produrre modelli e strumenti non rispondenti alla cultura partecipativa dal basso. Per tali motivi, appare più proficuo un coinvolgimento degli stakeholder sin dalla fase di progettazione degli strumenti partecipativi, al fine di rendere questi ultimi maggiormente rispondenti alle caratteristiche e alle pratiche proprie di cittadini e associazioni.

All'interno di questo scritto verranno presentati alcuni contributi presentati nella sessione di Forum Risk Management organizzata da Federsanità-Anci Toscana sul tema della partecipazione civica, ponendo particolare attenzione su quegli elementi di base funzionali all'esercizio di una partecipazione effettiva, informata, competente e in grado di produrre effetti sui contesti all'interno del quale essa agisce.

### **L'ALFABETIZZAZIONE COME PREREQUISITO ALLA PARTECIPAZIONE**

Tra gli elementi qualificanti di una partecipazione effettiva, in tutti i livelli della vita sociale, vi è indubbiamente quello dell'informazione, indispensabile a rendere il contributo - in questo caso: dei cittadini alle scelte fatte in sanità - consapevole e, perciò, più efficace. Nella letteratura scientifica il tema dell'alfabetizzazione di base dei cittadini per capire, valutare e utilizzare le informazioni sulla salute (Health Literacy) ha trovato ampio riscontro a partire dagli anni '70 del secolo scorso, dapprima all'interno del mondo anglosassone e, successivamente, anche in Europa<sup>2</sup>. La health literacy rientra a pieno titolo tra i cd. determinanti di salute, ovvero quei fattori in grado di determinare un vantaggio per la salute: tra gli altri, stili di vita; condizioni di vita e di lavoro; accesso ai servizi sanitari; condizioni generali socio-economiche, culturali e ambientali). L'alfabetizzazione sanitaria consente al cittadino di essere più informato, comprendere meglio e mettere in pratica corretti stili di vita e di prevenzione, accedere in maniera più consapevole ai servizi sanitari e, conseguentemente, migliorare

<sup>2</sup> Per una breve rassegna del dibattito scientifico, si rimanda a Lorini C., Bonaccorsi G., (2017), *Health Literacy. La cornice concettuale*, <https://bit.ly/2ZBKFKD>

la qualità della propria vita. In termini ricorsivi, tale processo agisce positivamente anche sul carico nei confronti dei servizi, poiché riduce sia gli accessi inappropriati che quelli legati a stili di vita non corretti. In altre parole, la literacy investe tanto la dimensione individuale che quella collettiva della gestione della salute. Proprio per questo motivo, è importante il ruolo attivo svolto dai cittadini e dalle associazioni, ma è altrettanto fondamentale che le Istituzioni e gli operatori sanitari veicolino una informazione chiara ed efficace nei loro confronti sia per la promozione della salute che per la gestione di patologie<sup>3</sup>.

A partire dall'indecifrabilità della grafia dei medici di famiglia - divenuta ormai proverbiale nel lessico comune - ancora oggi i professionisti e le Istituzioni che si occupano della salute e del benessere della comunità utilizzano termini medico-scientifici e giuridici, acronimi, latinismi e altre forme verbali che rappresentano, per il cittadino comune, delle barriere per l'accesso alle informazioni e, quindi, a un migliore stato di salute. Proprio su tale aspetto

il Piano Sociale e Sanitario dell'Emilia-Romagna, approvato nel 2017, ha sviluppato una scheda programmatica cui si è ricollegata l'Azienda USL di Bologna, che su indicazione e in collaborazione con i Comitati Consultivi misti<sup>4</sup>, ha sviluppato a partire dal 2018 un percorso progettuale per la costruzione partecipata di un linguaggio comune, un Glossario di quelle cd. parole "ostacolo", ovvero poco chiare per i cittadini<sup>5</sup>, utilizzate nei documenti scritti (referti, lettere di dimissione, opuscoli informativi, documenti politico-organizzativi), nella segnaletica e cartellonistica, nella comunicazione orale:

- **Marzo 2019 - Prima campagna di rilevazione/segnalazione di termini "difficili"**

## Glossario

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V  
W Z

A.M.A.BO	Associazione di volontariato che si occupa di sviluppare e promuovere i gruppi di Auto Mutuo Aiuto.
A.N.R.	Associazione Nastro Rosso Bologna Onlus. Associazione con Gruppi di Auto Mutuo Aiuto tra familiari o tra persone che vivono, o hanno vissuto, il problema della tossicodipendenza.
A.P.E.	Adozioni Pianura Est. Gruppi di Auto Mutuo Aiuto per condivisione di esperienze pre e post adottive tra coppie aspiranti, in attesa o che hanno già adottato.
AA	Alcolisti Anonimi Italia. Associazione con gruppi di Auto Aiuto tra uomini e donne che mettono in comune la loro esperienza al fine di risolvere il loro problema comune e aiutare altri a recuperare dall'alcolismo. L'unico requisito per entrare a far parte di A.A. è desiderare di smettere di bere. Uno dei punti fermi dell'Associazione è l'anonimato.
ABR	Potenziali evocati uditivi tronco-encefalici.
ACAT	Associazione Clubs Alcolologici Territoriali. E' un'associazione al servizio di tutti coloro che hanno problemi alcoolcorrelati.
ACTF	Ambulatorio Consultazione e Terapia Familiare

3 Già il Piano sanitario regionale della Toscana 2008-2010 introduceva il modello della Sanità di iniziativa, attraverso l'Expanded Chronic Care Model, dove il paziente diventa "esperto" grazie ad interventi di educazione e promozione alla salute, veicolando l'informazione e l'attivazione sia dei pazienti come singoli, sia delle famiglie di appartenenza, al fine di renderli capaci di interagire consapevolmente e responsabilmente con il team assistenziale.

4 Organismo dell'Azienda sanitaria, previsto dalla Legge 502/92, garantisce la partecipazione e la consultazione dei cittadini sulle scelte che riguardano la sanità.

5 Pubblicato il 6 dicembre 2019 sul sito dell'Azienda USL di Bologna, <https://bit.ly/37mZQd2>

= 200 termini.

- Luglio 2019 - coinvolgimento di tutti i Dipartimenti nella individuazione/revisione delle parole "ostacolo".
- Agosto 2019 - attribuzione delle definizioni ai termini individuati.
- Settembre 2019 - semplificazione e validazione delle definizioni associate ai termini.
- Dicembre 2019 - pubblicazione del glossario nel sito aziendale.

Parlare un linguaggio comprensibile alla totalità dei cittadini, quindi, rappresenta un vero e proprio asset dei servizi socio-sanitari (e non solo), perché esso costituisce l'elemento di base per comprendere e perciò partecipare alle scelte di salute che riguardano se stessi e il territorio.

### LA QUALITÀ DELLE PRATICHE PARTECIPATIVE

Nel gennaio del 2019 Cittadinanzattiva ha promosso una consultazione sulla partecipazione civica in sanità, che ha coinvolto circa 100 stakeholder tra Istituzioni e operatori del mondo sanitario, studiosi, esperti e cittadini. Tale consultazione ha prodotto un documento di elaborazione di una matrice per la qualità delle pratiche partecipative<sup>6</sup> che cerca di individuare sia i principali rischi legati a tali pratiche, che le azioni che è possibile mettere in campo per minimizzarli.

Oltre al modo in cui viene condotto e alla fase all'interno della quale si muove il coinvolgimento dei cittadini, la valutazione di processi e pratiche partecipative in sanità dovrebbe considerarne soprattutto gli esiti - gli *outcome* - che sono stati prodotti, ovvero il grado con cui la partecipazione è andata a modificare la situazione preesistente. Il documento di Cittadinanzattiva pone l'accento su 4 dimensioni che qualificano una pratica partecipativa rispetto all'efficacia del processo e all'effettività dei risultati:

- **Inclusività**, ovvero la capacità delle Istituzioni di coinvolgere tutti i cittadini, singoli e/o associati, interessati dall'oggetto della pratica partecipativa. Nell'atto di aprire la partecipazione a cittadini e associazioni, paradossalmente occorre fare scelte che, in qualche modo, escludono alcuni soggetti. Tali scelte, per consentire la rilevanza e significatività delle voci coinvolte, dovranno selezionare gli attori cruciali in grado di apportare un contributo significativo alla discussione in termini di idee e competenze, facendo però attenzione a evitare barriere all'accesso per quei testimoni poco o mal rappresentati (p.e. disoccupati o migranti).
- **Grado di potere**, ovvero la capacità delle Istituzioni di riconoscere e attribuire potere ai cittadini su questioni rilevanti in relazione all'oggetto della pratica partecipativa. È un aspetto che riguarda l'oggetto della partecipazione, che

<sup>6</sup> <https://www.cittadinanzattiva.it/comunicati/salute/12343-partecipazione-civica-in-sanita-una-matrice-a-disposizione-delle-istituzioni-per-pratiche-partecipative.html>

spesso può ridursi a mera consultazione o a interrogare il parere dei cittadini rispetto a elementi secondari di una politica o un servizio, ma che dovrebbe invece riguardare l'intero ciclo di una politica, dalla fase di programmazione fino a quelle più operative e di valutazione.

- Esito della pratica partecipativa, ovvero la capacità delle Istituzioni di garantire i risultati della pratica partecipativa. Tale dimensione ha a che vedere con la definizione di obiettivi chiari della pratica partecipativa, che preveda quindi degli output e degli *outcome*, rispetto ai quali le Istituzioni si impegnano, in tempi congrui, per il loro raggiungimento. Una partecipazione che non produca risultati concreti rischia di produrre frustrazione in coloro che vi hanno preso parte, generando sfiducia nelle Istituzioni.
- Rendere conto, ovvero la capacità delle istituzioni di rendere conto ai cittadini della pratica partecipativa. È il tema dell'*accountability* e della trasparenza. La rendicontazione persegue le finalità di restituire fiducia tra chi ha attivato la pratica e chi vi partecipa, oltre che di condividere i risultati derivanti da essa con l'intera comunità e non soltanto con i soggetti inclusi.

In questa sede si vuole richiamare l'attenzione soprattutto sul primo punto, ovvero l'inclusività delle pratiche partecipative, su cui possono pesare molti fattori: i criteri di inclusione, la rappresentatività dei soggetti coinvolti, le barriere informative e comunicative. Partecipare è una forma di democrazia, ma è diversa dalla sua versione rappresentativa fondata sulla delega: nelle pratiche partecipative sono potenzialmente "arruolabili" tutti i cittadini che hanno un interesse, diretto o indiretto, rispetto all'oggetto, a prescindere dal proprio peso in termini di rappresentatività numerica; questo perché coinvolgere i soli soggetti organizzati rischia di portare all'interno del dibattito posizioni "note" di soggetti associativi di riferimento, lasciando la porta chiusa all'inatteso e all'intervento che lascia intravedere la questione da un nuovo punto di vista, arricchendo perciò la discussione generale.

Occorre in tal senso richiamare il rischio che, laddove la partecipazione civica sia regolata in dettaglio da strumenti normativi, questa possa risultare imbrigliata alla fonte, determinando di fatto delle barriere all'accesso e delle riserve indiane da "dentro o fuori", dove finanche i soggetti associativi "di dentro" - cui ovvero la norma riconosce il diritto alla partecipazione su determinati temi - potrebbero rischiare, secondo i noti fenomeni di isomorfismo istituzionale, di presentare comportamenti di chiusura nei confronti di chi sta fuori, a detrimento della ricchezza dello spontaneismo di soggetti associativi e dei movimenti civici.

Il documento di Cittadinanzattiva individua alcune azioni in grado di minimizzare i rischi legati alla bassa inclusività delle pratiche partecipative, se ne citano le principali:

- Includere tutti i soggetti che hanno un punto di osservazione rilevante per attivare, attraverso la partecipazione, una reale trasformazione e un impatto effettivo.

- Limitare la selezione tanto più quanto più l'oggetto della pratica partecipativa è di interesse generale e realizzare la selezione, tanto più l'oggetto è di interesse generale, come un ciclo, ovvero "in itinere" e come un processo sempre aperto.
- Utilizzare un metodo di selezione "ibrido", che alterni una partecipazione "a porte aperte", totalmente inclusiva e in grado di far emergere macro-problematiche tramite indagine, e una più ristretta, in cui i partecipanti siano selezionati sulla base dell'area di appartenenza.
- Mappare al livello territoriale i bisogni dei cittadini, con particolare attenzione alle disuguaglianze sociali e geografiche, anche rispetto alle opportunità di partecipazione e di rappresentanza per avere una base concreta e reale da cui partire per progettare l'intero processo partecipativo.
- Analizzare il contesto per raccogliere informazioni utili a una adeguata mappatura degli attori, considerandone sia interesse sia potere (esplicito o potenziale).
- Monitorare e valutare in corso d'opera il percorso inclusivo, prevedendo eventuali integrazioni nel caso dovesse emergere che alcuni attori/categorie di attori siano stati erroneamente lasciati fuori.
- Eliminare "distorsioni", per esempio soggetti che hanno potenziali interessi personali o professionali.
- Arrivare al cittadino comune attraverso la capillarità dell'informazione, una sua bi-direzionalità, uno scouting dei soggetti interessati, e usare modalità diversificate, formali (es. bandi) e informali, con canali da istituzionali a *web based*.

Come noto, pratiche partecipative rappresentano processi complessi in grado di attivare anche potenziale conflittualità tra gli attori coinvolti. Un serio ragionamento, in fase di progettazione, dei rischi legati a tali attività e con la messa in pratica di azioni capaci di minimizzare tali rischi può ridurre tali fenomeni, portando il dibattito (perché no, anche aspro in alcuni passaggi) dentro regole di confronto democratiche e trasparenti, capaci di migliorare la dialettica tra Istituzioni e società civile e, in ultima istanza ma forse elemento più importante, contribuire a costruire politiche e interventi più vicini ai bisogni della comunità di riferimento.

### **LA RICERCA AZIONE PARTECIPATA COME STRATEGIA DI SVILUPPO DELLA PARTECIPAZIONE IN SANITÀ: UNA SPERIMENTAZIONE IN TOSCANA SUL CIVIC ENGAGEMENT**

In Toscana, la legge regionale 75/2017 "Disposizioni in materia di partecipazione e di tutela dell'utenza nell'ambito del servizio sanitario regionale. Modifiche alla l.r. 40/2005" ha previsto il riordino degli organismi di partecipazione dei cittadini, di-

sciplinando gli strumenti di partecipazione di livello regionale, aziendale e di Zona distretto, con la costituzione del Consiglio dei cittadini per la salute e dei Comitati di partecipazione aziendali e di Zona distretto. Il percorso che ha portato all'approvazione della nuova norma è stato frutto di un lavoro partecipato e condiviso tra cittadini, operatori e direzioni aziendali del servizio sanitario e ha perseguito la collaborazione dei cittadini alla pianificazione e programmazione, con modalità e strumenti diversificati ai vari livelli, assicurando un processo integrato.

Per l'implementazione del modello di partecipazione multilivello previsto dalla normativa, tra molti altri Regione Toscana ha promosso uno specifico progetto di ricerca azione che coinvolge l'Università Cattolica di Milano, l'Università di Pisa e l'Università di Catanzaro, il quale prevede un percorso che riguarda i tre livelli di partecipazione previsti dalla LR 75/2017, a livello di Zona distretto, di Azienda sanitaria e a livello regionale, permettendo di lavorare con strumenti specifici per ciascun livello accompagnando l'implementazione della legge e favorendo l'empowerment del ruolo delle associazioni che sono coinvolte ai vari livelli.

Occorre anzitutto collocare i processi di partecipazione in ambito sanitario: da un punto di vista storico, fin dagli anni '80 assistiamo a un progressivo allargamento dei processi di coinvolgimento dei cittadini all'interno del *decision making* in ambito sanitario, attraverso riforme che hanno cercato di fronteggiare le sfide del sistema sanitario, che in estrema sintesi potremmo ricondurre all'aumento della domanda (e quindi dei costi) e, dall'altra parte, alla riduzione dei budget di spesa. In questo ambito, a livello MACRO, si parla di co-governance.

A partire dagli anni '90 si è assistito poi a dei percorsi che hanno cercato di coinvolgere pazienti e cittadini nei processi di definizione dei servizi, per mettere a rete le risorse che sono diffuse sul territorio - non afferenti esclusivamente i soggetti pubblici - per garantire un migliore servizio. In questo ambito, a livello analitico, si parla di livello MESO, rispetto a processi di co-decisione e co-produzione.

La fase più recente ha invece rilevato l'emergere del *patient-centered approach* nel quale, in corrispondenza con il passaggio da una medicina reattiva ad una medicina proattiva, il paziente è posto al centro mediante percorsi di empowerment di tipo partecipativo volti alla piena condivisione delle informazioni e delle decisioni relative alla sua salute. A questo livello (MICRO) si parla di *patient-engagement*.

Questi tre livelli sono solitamente trattati in maniera separata, per cui in alcuni casi si assiste a processi di co-governance, ad altri di co-decisione, ad altri di *patient-engagement*, mentre è difficile che si assista a qualche percorso combinato.

La letteratura internazionale, studiando i percorsi di partecipazione ai vari livelli, sottolinea la possibilità che si presentino dei rischi pesanti da tenere in considerazione per ognuno dei livelli richiamati:

- **Livello MICRO:** sfruttamento e manipolazione delle informazioni fornite più o meno volontariamente dai pazienti - attraverso dispositivi, sensori, reti sociali, associazioni - per scopi di natura commerciale o comunque strumentale, come quello di scaricare sui cittadini costi e responsabilità di competenza pubblica (i.e. sfruttamento dei big data per scopi ben diversi da quelli indicati

dalla “medicina delle 4P”; Sobradillo, 2011).

- Livello MESO: elevato rischio (soprattutto nei processi partecipativi promossi dalle Autorità Pubbliche, c.d. *top-down*) di strumentalizzazione del civic engagement in senso neoliberista: sostanziale delega al settore privato, chiamato a colmare quegli spazi lasciati vuoti dal pubblico a causa della contrazione delle risorse (Masseye Johnston-Miller, 2016).
- Livello MACRO: elevato rischio (soprattutto nei processi partecipativi promossi dalle Autorità Pubbliche *top-down*) di uso manipolatorio orientato a legittimare le decisioni pubbliche (Arnstein, 1969; Altieri 2009).

Secondo la letteratura, questi rischi si propongono soprattutto quando i processi partecipativi vengono promossi dalle Istituzioni, mentre tali problemi non si presenterebbero quando le pratiche nascono dal basso, dal civismo. Questa prospettiva, però, sembrerebbe sottovalutare il ruolo istituzionale all’interno di tali processi: dal punto di vista MICRO, per poter portare avanti un *empowerment* del paziente, è necessario attivare un’infrastruttura, e ciò non può che essere fatto da un’Autorità pubblica. A livello MESO, se si vanno a strutturare processi di co-decisione sulla progettazione di servizi, questi non possono che essere delineati e coordinati che dall’Autorità pubblica. A livello MACRO, quando abbiamo dei processi di partecipazione che nascono dal basso ma che si muovono nell’ambito delle grandi scelte politiche, ad un certo punto occorrerà portarli necessariamente nell’alveo di un confronto istituzionale affinché possano avere efficacia. È perciò evidente che quando si parla di beni pubblici, in questo caso la salute, le Istituzioni non possono fare dei passi indietro, adombrando lo spettro di derive di tipo neoliberista, in considerazione del fatto che l’Autorità pubblica è l’unica garante dell’equità e qualità del sistema, l’unica che deve e può assumersi tale ruolo.

Se agli albori delle pratiche partecipative promosse dalle Autorità pubbliche, queste risultavano essere totalmente sganciate dalle riflessioni fatte a livello scientifico in materia, dopo una fase in cui la ricerca si è attivata in maniera autonoma per valutare questo tipo di processi, oggi invece si inizia a intravedere una maggiore integrazione tra la sfera scientifica e quella della pratica partecipativa nell’ambito delle politiche pubbliche. Attraverso la collaborazione con le Università richiamate in precedenza, Regione Toscana ha quindi attivato un progetto che ha, come caratteristica innovativa, quella di lavorare contestualmente sui tre livelli: MICRO, MESO e MACRO.

Il network è fondamentale all’interno di questo tipo di processi e le due dimensioni che lo connotano sono:

- la definizione della struttura del network: include l’individuazione degli attori legittimati a partecipare, nonché la definizione dei confini e degli assetti istituzionali del sistema di partecipazione;

- il *network/game management*: riguarda le modalità di funzionamento del sistema di partecipazione, il tipo di relazioni che lo strutturano nonché i processi di decision-making e le dinamiche relazionali che caratterizzano l'interazione tra i vari attori e livelli istituzionali coinvolti.

La struttura e composizione del network sono quelle definite dalla LR 75/2017 con i tre livelli di partecipazione (Comitati di Partecipazione zonali e aziendali, Consiglio dei cittadini), mentre l'ambito di sviluppo del progetto<sup>7</sup> riguarda il network/game management, partendo dall'assunto che gli obiettivi e gli strumenti fissati a livello normativo non siano auto evidenti e possano avere interpretazioni differenti; quando questi vengono calati in contesti specifici e milieu territoriali trovano delle pratiche già in essere all'interno di quei contesti che condizionano e determinano l'interpretazione e messa in pratica di quel tipo di indicazioni. Non si tratta meramente di applicare, implementare il disposto normativo, ma si tratta di tradurlo in pratiche significative per quel tipo di contesto.

Il progetto di *civic engagement* lavorerà sui tre livelli richiamati attraverso una metodologia di ricerca azione partecipata, proprio perché tale strategia consente di lavorare sugli impliciti delle persone e delle Istituzioni che sono coinvolte e di sviluppare un percorso che sia condiviso e sentito dai vari partecipanti.

Sul livello MICRO clinico si andrà a rilevare i livelli di engagement dei pazienti e dei loro caregiver, sulla patologia dell'Ictus, utilizzando un questionario che non si concentra soltanto sulle dimensioni individuali legate al paziente, ma che investe anche la rete delle associazioni e la presenza dei Comitati.

Sul livello MESO organizzativo, verrà coinvolto il Comitato aziendale per lo sviluppo del percorso integrato di cura legato alla patologia. Il Comitato verrà coinvolto attraverso interviste narrative e focus group, allo scopo di costruire in modo partecipato i Percorsi integrati di cura, che saranno poi l'oggetto su cui il Consiglio dei Cittadini sarà coinvolto - nella fase MACRO - attraverso un percorso di consensus *method*, per sperimentare alcuni strumenti consolidati dal punto di vista internazionale sul Percorso integrato di cura Ictus.

Contestualmente a tali attività, il progetto svilupperà un'osservazione mirata ai funzionamenti degli organismi di partecipazione della LR 75/2017, sia visti nelle loro individualità e nelle loro specifiche funzioni, che in relazione gli uni con gli altri, considerato che l'architettura multilivello funziona a patto che ci sia un travaso di informazioni tra tutti i livelli coinvolti.

## CONCLUSIONI

La partecipazione civica può essere definita come una particolare forma di relazione tra cittadini e Istituzioni, in cui i primi - in forma singola o associata - possono contribuire alla definizione della *policy agenda*, così come alla programmazione dei servizi e delle attività pubblici rivolti alla collettività, attraverso forme regolate o spontanee di interlocuzione con le autorità pubbliche.

<sup>7</sup> A livello territoriale, saranno coinvolti i Comitati di Partecipazione di tre Società della Salute (Firenze, Valdinievole e Mugello), il Comitato aziendale dalla USL Toscana Centro e il Consiglio dei Cittadini.

I temi riportati all'interno di questo contributo coprono soltanto una parte della complessità legata ai temi del coinvolgimento comunitario ai processi di co-costruzione delle politiche e degli interventi legati alla salute, affrontando soprattutto alcuni di quei "tornanti" particolarmente problematici che investono l'informazione e la comunicazione (*Health literacy*), l'inclusività ed effettività (qualità) della partecipazione, il livello (micro, meso e macro) a cui porre tali pratiche.

Il filo conduttore che sembrerebbe legare i tre temi trattati sembra risiedere nel ruolo e nella responsabilità in capo alla Pubblica Amministrazione che struttura, o che si vede proporre dal basso, percorsi partecipativi. In entrambi i casi - cioè, sia che l'Istituzione sia promotrice diretta sia che vi si trovi coinvolta da movimenti spontanei - l'Autorità pubblica esercita un ruolo non delegabile a nessun altro attore, di garanzia e tutela del bene pubblico e di autonomia e terzietà rispetto a tutti gli interessi in gioco. La responsabilità istituzionale si sostanzia poi anche nell'offrire ai partecipanti uno scenario in cui poter agire con effettività il proprio ruolo, quindi in assenza di barriere e asimmetrie informative e rispetto a tematiche in cui lo *status quo* non è qualcosa di dato ma che ha la possibilità di essere seriamente messo in discussione e generare, quindi, un cambiamento.

Le responsabilità investono chiaramente anche i soggetti della comunità civile e associativa, chiamati a contribuire alle pratiche partecipative avendo come "faro" il bene pubblico e non le istanze di parte, pur nella consapevolezza che buone decisioni provengono anche da concertazione, dialogo e compromesso tra parti che hanno interessi di parte rispetto al campo di discussione.

In definitiva, le pratiche partecipative rappresentano un processo, e non un'attività, che assume valore tanto più esso riesce ad accompagnare l'intero ciclo di vita dell'ambito su cui intende agire. La co-programmazione di un servizio in ambito socio-sanitario, ad esempio, potrà arricchirsi di processi di monitoraggio e valutazione che coinvolgano anche gli utenti e i cittadini, soprattutto con il fine di un successivo ri-orientamento di quanto programmato. Porre la partecipazione nell'ambito dell'azione pubblica come un processo circolare, e non come un'attività progettuale, rappresenta probabilmente il veicolo principale per renderla uno strumento di utilità all'azione pubblica e, in definitiva, alla costruzione comunitaria delle politiche e dei servizi sui territori.



[www.federsanitatoscana.it](http://www.federsanitatoscana.it)