

TERZO RAPPORTO SUI SERVIZI SOCIALI IN TOSCANA

Anno
2022/2023



Regione Toscana



Osservatorio
Sociale Regionale



anci
toscana



INDICE

Terzo Rapporto sui Servizi sociali in Toscana
2022/2023
Regione Toscana
Direzione Sanità, Welfare e Coesione Sociale
Settore Welfare e Innovazione Sociale -
Osservatorio Sociale Regionale
Responsabile dell'Osservatorio Sociale è
Alessandro Salvi – Dirigente del Settore Welfare
e innovazione Sociale

Il testo è opera congiunta del gruppo di ricerca
coordinato da Silvia Brunori (PO Osservatorio
Sociale Regionale) e composto da Massimiliano
De Luca (Regione Toscana), Luca Caterino e
Agnese Bardelli (Federsanità Anci Toscana).

Silvia Brunori e Luca Caterino ne hanno curato
l'edizione.

Alle attività di ricerca e fornitura dei dati hanno
collaborato: Cristina Corezzi e Marco La Mastra
(Regione Toscana) e Massimiliano Faraoni
(Simurg – Anci Toscana)

Progetto grafico di Osman Bucci

Immagine di copertina di Alecsander Alves -
Unsplash

Catalogazione nella pubblicazione (CIP) a cura
della Biblioteca della Toscana Pietro Leopoldo del
Consiglio regionale della Toscana:

Terzo rapporto sui Servizi sociali in Toscana
2022/2023 / [a cura di] Regione Toscana,
Direzione Sanità, welfare e coesione sociale,
Settore welfare e innovazione sociale,
Osservatorio sociale regionale ; testo a cura del
gruppo di ricerca coordinato da Silvia Brunori,
Massimiliano De Luca, Luca Caterino, Agnese
Bardelli ; progetto grafico di Osman Bucci ;
prefazione di Serena Spinelli. - Firenze : Regione
Toscana, 2023

1. Toscana <Regione> : Direzione Sanità, welfare e
coesione sociale : Settore Welfare e innovazione
sociale 2. Toscana <Regione> : Osservatorio
sociale regionale 3. Brunori, Silvia 4. De Luca,
Massimiliano 5. Caterino, Luca 6. Bardelli,
Agnese 7. Bucci, Osman
361.9455
Servizi sociali - Toscana - 2022-2023 -
Ricerche

ISBN 9788894721249

2023 Federsanità-Anci Toscana

Attività sviluppata nell'ambito dell'accordo
di collaborazione tra Regione Toscana e
Anci Toscana di cui alle DGRT 1663/2019 e
171/2023 "Osservatorio sociale regionale"

Per il download di questa e delle precedenti
edizioni del Rapporto consultare il sito:
[https://www.regione.toscana.it/
osservatoriosociale/attivita/servizi-sociali/
pubblicazioni](https://www.regione.toscana.it/osservatoriosociale/attivita/servizi-sociali/pubblicazioni)

Prefazione	5
Introduzione	7
SEZIONE PRIMA - IL SISTEMA INFORMATIVO DEI SERVIZI SOCIALI	9
1. Il sistema informativo dei Servizi sociali	11
1.1. Il portato innovativo del SIUSS	14
1.2. I dati del SIOSS: Professioni e Servizi attivati	17
1.2.1. Sintesi delle principali evidenze dalle banche dati SIOSS	17
1.2.2. Le professioni coinvolte nel sistema dei Servizi sociali	19
1.2.3. I servizi attivati e la loro presenza nei territori	23
SEZIONE SECONDA - STATO DELL'ARTE IN RELAZIONE AI LIVELLI ESSENZIALI DELLE PRESTAZIONI SOCIALI	29
2. Il potenziamento dei Servizi sociali	39
2.1. Da un LEP di dotazione a un possibile LEP di processo	42
2.2. Gli Assistenti sociali: numeri complessivi ed effetti del potenziamento	43
3. Il Sistema Emergenza Urgenza Sociale in Toscana	47
3.1. Il Pronto Intervento sociale a livello nazionale	47
3.2. Il SEUS regionale della Toscana	48
3.2.1. Modalità di lavoro	49
3.3. Il Pronto Intervento sociale in Italia: verso una rete nazionale	50
3.4. Sviluppi internazionali	52
3.5. Alcuni dati	54
3.6. Il lavoro dell'Assistente sociale in emergenza urgenza	56
4. Supervisione del personale dei Servizi sociali	59
4.1. Progetti in corso per il LEPS Supervisione in Toscana	62
4.2. Intorno alla supervisione nei Servizi sociali	68

SEZIONE TERZA - CONTRIBUTI	75
5. Il Tavolo “Bisogni Complessi” dell’Ausl Toscana Nord-Ovest	79
5.1. Informare, sensibilizzare, agire: la rete dei servizi	81
5.2. Programmazione unica	82
6. La Programmazione territoriale sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale: l’esperienza dell’azienda sanitaria e delle otto Società della Salute della Area Vasta Toscana Centro	87
6.1. La nuova programmazione	88
6.2. Azioni condivise: le schede POA e il Profilo dei Servizi	91
6.3. Programmazione e SEUS	94
7. Il Regolamento aziendale della Ausl Sud Est per l’accesso ai voucher di libera scelta delle RSA per gli inserimenti a tempo indeterminato	99
7.1. Quali criteri di accesso al PAP a carattere residenziale a tempo indeterminato	101
7.2. Quali criteri per l’individuazione della priorità di accesso alle RSA	103
7.2.1. Condizioni familiari	104
7.2.2. Condizioni ambientali	106
7.2.3. Intensità assistenziale	107
7.2.4. Isogravità	108
7.2.5. Tempo di permanenza in lista	109
7.3. Il procedimento amministrativo del percorso di presa in carico della persona non autosufficiente	110
7.3.1. L’equipe multidisciplinare	113
7.3.2. Il referente di lista	113
7.3.4. La distinzione tra verbale UVM e PAP	114
7.3.5. La struttura del procedimento e l’introduzione di nuove fasi	115
7.4. L’infrastruttura a supporto dell’attuazione del Regolamento	117
7.4.1. La piattaforma Aster	117
7.4.2. L’applicativo SUALP 995	118
7.4.3. La pagina per la trasparenza	119
7.5. Il percorso metodologico: sperimentazione, monitoraggio e revisione	120
7.6. Conclusioni	123
8. Violenza e aggressioni contro gli Assistenti sociali	125
Sintesi del Terzo Rapporto sui Servizi sociali in Toscana	131
BIBLIOGRAFIA	137
ACRONIMI	139
ATTRIBUZIONI	140



PREFAZIONE

Nell’ambito delle funzioni dell’Osservatorio Sociale regionale, il Rapporto sui Servizi sociali conferma quale proprio obiettivo prioritario quello di fornire informazioni, raccogliere ed elaborare dati significativi sul sistema integrato dei servizi territoriali, nell’ottica di migliorare la fruibilità delle prestazioni, soprattutto da parte dei cittadini più fragili o vulnerabili, portatori di bisogni diversi e complessi. Crediamo infatti che la migliore conoscenza possibile dei servizi e l’accessibilità ai percorsi nei contesti sociali a livello di ambito territoriale, costituiscano le condizioni necessarie per attivare risposte efficaci e per rendere esigibili i diritti di tutte le persone.

L’informazione e la garanzia di accesso ai servizi si rivelano indispensabili per quantificare e qualificare i bisogni del territorio, rendendo le persone, singole o aggregate in famiglie, gruppi o associazioni, consapevoli dei loro diritti e aiutando a definire i bisogni ed attivare le risorse.

Grazie all’impegno regionale e della rete territoriale, disponiamo dei dati oggettivi su cui riflettere a sostegno della programmazione e della valutazione delle politiche: il numero di Assistenti sociali, gli interventi e i servizi realizzati, le azioni in corso di sperimentazione – per la prima volta in Italia a livello regionale - all’interno del progetto del Servizio Emergenza Urgenza sociale (SEUS), in vista della sua prossima copertura integrale su tutto il territorio toscano, le esperienze dei professionisti del lavoro sociale impegnati nei percorsi di supervisione e le testimonianze, gli esempi delle attività realizzate sui territori e ancora gli stimoli alla riflessione sui temi collegati e connessi con tutti i nostri diversi impegni, come ci segnala l’Ordine Assistenti sociali della Toscana.

Diventa allora importante sottolineare come all'interno della costruzione e dello sviluppo dei processi di programmazione, co-programmazione e progettazione – sia a livello regionale che territoriale – lo stile di lavoro e la centratura debba essere posta in maniera decisa sul necessario legame tra il Servizio sociale territoriale e la comunità di appartenenza, con una rinnovata capacità di riconoscere e attivare le risorse di relazioni, persone, organizzazioni presenti per sviluppare *empowerment* delle persone, dei nuclei familiari, degli Enti del Terzo settore, rafforzandone le singole competenze in seno ad una comunità allargata, anche per contrastare derive individualistiche e/o scelte politiche categoriali.

Un Servizio sociale quindi, all'interno di organizzazioni competenti e attente, che tesse e sviluppa relazioni positive e capacitanti, che trasforma i problemi in obiettivi verso i quali indirizzare e sostenere risorse, impegni, innovazione, in una prospettiva che guardi con rinnovata fiducia alla promozione delle opportunità e dell'autonomia delle cittadine e dei cittadini.

Vorremmo spostare l'attenzione, pur consapevoli delle complessità e delle difficoltà attuali, dall'analisi delle carenze e delle disfunzioni alla valorizzazione dei percorsi positivi, alle nuove idee, ai progetti realizzati con successo, ai processi che stanno producendo e sviluppando nuove relazioni, nuove risorse, nuove opportunità di vita e di autonomia, appunto, per fare sempre meglio e sempre di più.

Con un'attenzione particolare, ed un ringraziamento, al personale e soprattutto alle/agli Assistenti sociali che rappresentano i principali nodi di accesso al nostro sistema di welfare e che attraversano, mentre stiamo scrivendo, un momento di particolare difficoltà, che li vede esposti in prima linea anche ad episodi di violenza, con l'impegno ad un intervento coordinato interistituzionale affinché siano sempre garantite la sicurezza e la serenità nello svolgimento del quotidiano impegno, indispensabile per garantire risposte efficaci e appropriate ai bisogni ed ai diritti delle persone e delle comunità.

Serena Spinelli

Assessora alle politiche sociali, politiche abitative
e cooperazione internazionale



INTRODUZIONE

Il Servizio sociale è al centro di importanti riforme che lo interpellano e lo interrogano, in uno scenario complesso, di fronte ad un grande impegno nella gestione di molteplici emergenze sociali, qualificandosi come nodo centrale del sistema di interventi e servizi per il welfare.

Il quadro generale normativo, con lo sviluppo di alcuni Livelli essenziali delle prestazioni sociali, ci aiuta a rinnovare e sostenere quel dialogo e quel confronto continuo con i territori, l'Ordine professionale e gli operatori, per ripensare insieme a loro come si debba connotare il Servizio sociale territoriale in questa complessa contemporaneità.

Il Rapporto che segue, partendo da una rilevazione sull'adeguatezza del numero di professionisti presenti nei diversi ambiti territoriali, si snoda con la centratura sulle opportunità offerte dai LEPS in relazione al sistema degli interventi e dei servizi offerti sui territori, con il potenziamento dei Servizi sociali, il Sistema dell'emergenza urgenza sociale e la supervisione.

Si prosegue con la presentazione di alcune interessanti iniziative sviluppate dai tre Dipartimenti Aziendali di area vasta, in un'ottica di diffusione e condivisione di positive esperienze, per concludersi con il contributo dell'Ordine degli Assistenti sociali della Toscana incentrato sulla violenza contro gli operatori, inserito nell'ambito di una collaborazione attiva con l'Osservatorio Sociale Regionale.

Da una riflessione su questi temi e dalle sollecitazioni di tanti amministratori e professionisti intendiamo proseguire l'attività di indagine e ricerca, consapevoli che ogni territorio ha una storia e caratteristiche peculiari che devono essere considerate come spunti per sviluppare pratiche, processi e innovazioni utili alle collettività.

Tutto questo consapevole della necessità di un impegno continuo per accordi e percorsi costruiti e condivisi volti al raggiungimento di standard qualitativi in grado di supportare concretamente il sistema dei servizi territoriali per garantire pari possibilità e opportunità alle persone che vi accedono.

Il tentativo è di percorrere strade di “co-costruzione” conoscitive in questa direzione, in un quadro sociale ed economico in continua trasformazione, entro una condizione lavorativa che incontra un contesto esterno non sempre favorevole, a tratti persino minaccioso, e non può prescindere dal riconoscimento della fatica del lavoro sociale.

La fatica del fare e del pensare è un elemento importante nel lavoro con e per le persone perché può paralizzarci, diminuire le nostre potenzialità, farci commettere errori che si trasformano in danno.

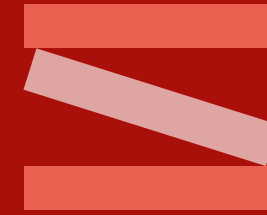
Il lavoro sociale ci pone continuamente su un sottile crinale, nello scarto tra il mandato professionale e quello istituzionale, sottoposti a pressioni più o meno forti e contrastanti, che investono e/o interrogano anche le abilità e competenze non solo professionali.

La fatica del lavoro sociale che perdura nel tempo moltiplica il peso e assottiglia il senso del fare, del fare bene, meglio, ma anche del riflettere sul fare, con e per le persone e con gli altri/e colleghi/e e professionisti, diminuisce curiosità e creatività, assopisce la speranza.

Questo perché il lavoro immateriale – l'attivazione delle risorse e delle capacità delle persone e delle comunità – è intreccio tra motivazioni, temperamenti, idealizzazioni, responsabilità e processi organizzativi.

In questo quadro i contesti organizzativi, che possono funzionare con assetti e dispositivi che facilitano l'accesso e sviluppano percorsi di presa in carico integrata e rispettosa non soltanto dei bisogni, ma anche dei desideri delle persone, possono anche esprimersi entro prescrizioni, divieti, categorie e scadenze che risultano incongruenti - se non dannose - con le esigenze dei destinatari, delle bambine e dei bambini, delle famiglie, e di tutte le persone in condizione di fragilità.

Ma una rinnovata consapevolezza ed il rafforzamento di competenze professionali trasversali che superano la mera applicazione di metodi e prassi consolidate, che comportano riflessività, scambio e condivisione, aprono a nuovi sguardi, creativi ed innovativi, e consentono agli operatori di prendere parola, legittimando attraverso l'esplicitazione del loro sapere, l'interpretazione dei loro mandati. Valutazioni e proposte che, rendendo esplicito e trasparente il processo di lavoro e, condividendolo con altri interlocutori, crea sostegno e supporto, sviluppa cultura, innova linguaggi, si oppone alla frammentazione e al respingimento, supporta la crescita delle risorse delle/dei professionisti, delle persone, della comunità.



SEZIONE PRIMA

IL SISTEMA INFORMATIVO DEI SERVIZI SOCIALI

1

Il sistema informativo dei Servizi sociali

Il Decreto legislativo n. 147 del 15 settembre 2017, nell'introdurre il Reddito di Inclusione (REI) quale misura nazionale di contrasto alla povertà, ha previsto l'istituzione del Sistema Informativo Unitario dei Servizi sociali (SIUSS) allo scopo di:

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

Il SIUSS integra e sostituisce il Sistema Informativo dei Servizi sociali (SISS), previsto dall'art. 21 della Legge n. 328/2000, e il Casellario dell'Assistenza, di cui all'art. 13 del Decreto legge n. 78/2010, convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 122/2010, e si articola nelle seguenti componenti:

1. Sistema informativo delle prestazioni e dei bisogni sociali, a sua volta articolato in:

- banca dati delle prestazioni sociali;
- banca dati delle valutazioni e progettazioni personalizzate;
- piattaforma digitale del Reddito di cittadinanza per la gestione dei Patti per l'inclusione sociale (GePI);
- sistema informativo dell'ISEE, di cui all'art. 11 del DPCM. n. 159 del 2013.

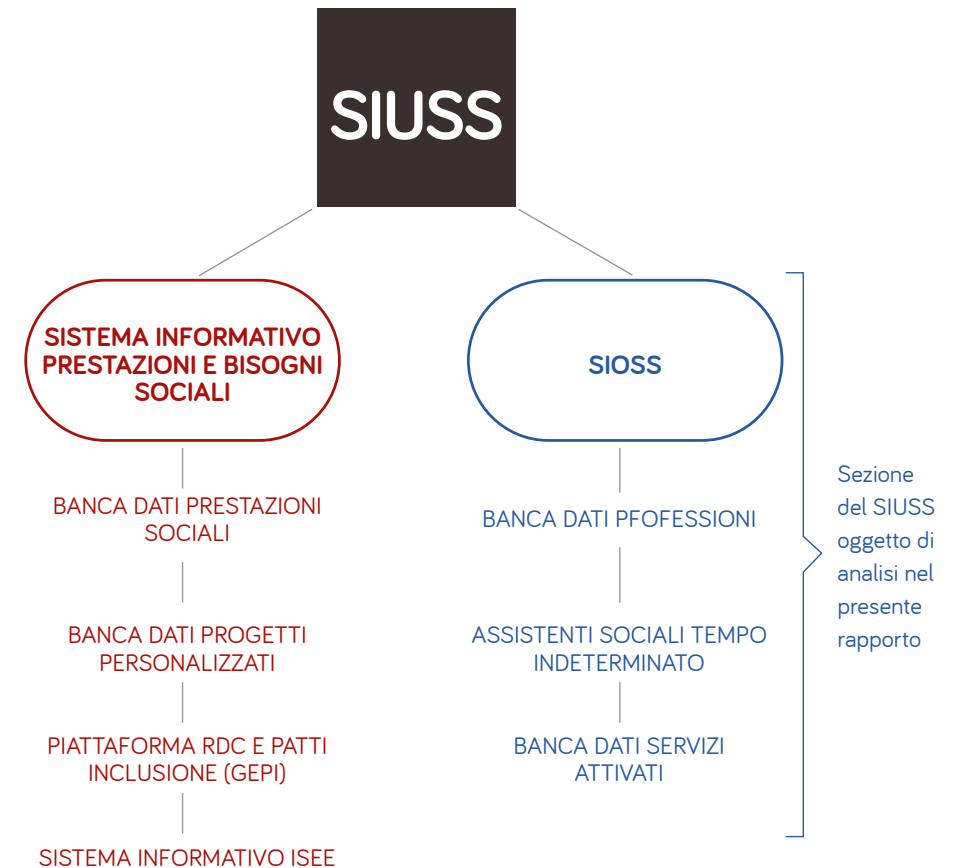
2. Sistema informativo dell'offerta dei Servizi sociali (SIOSS), a sua volta articolato in:

- banca dati dei servizi attivati;
- banca dati delle professioni e degli operatori sociali (in particolare, ai fini del potenziamento del Servizio, i dati sugli Assistenti sociali assunti a tempo indeterminato).

Il SIOSS ha come unità di rilevazione l'Ambito Territoriale¹, e assicura una compiuta conoscenza della tipologia, dell'organizzazione e delle caratteristiche dei servizi attivati, inclusi i servizi per l'accesso e la presa in carico, i servizi per favorire la permanenza a domicilio, i servizi territoriali comunitari e i servizi territoriali residenziali per le fragilità, anche nella forma di accreditamento e autorizzazione, nonché delle caratteristiche quantitative e qualitative del lavoro professionale impiegato.

¹ Gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) rappresentano la sede principale della programmazione locale, concertazione e coordinamento degli interventi dei Servizi sociali e delle altre prestazioni integrate, attive a livello locale. Gli ATS, individuati dalle Regioni ai sensi della L. 328/2000, sono costituiti da uno o più comuni. In Toscana sono attualmente presenti 28 ATS mentre in Italia ve ne sono complessivamente 585.

FIGURA 1.1. - STRUTTURA DEL SIUSS E SEZIONE OGGETTO DI ANALISI DEL PRESENTE RAPPORTO



1.1. Il portato innovativo del SIUSS

Pur atteso da circa venti anni, il sistema informativo dei Servizi sociali al suo esordio è stato accolto – come quasi sempre avviene di fronte all'istituzione di un nuovo debito informativo – con un po' di preoccupazione da parte dei soggetti deputati alla sua alimentazione, sentimento riferibile alla indubbia difficoltà di raccogliere e fare sintesi di servizi che spesso, anche su territori caratterizzati da omogeneità del quadro dei bisogni e/o da un ridotto numero di Comuni, possono caratterizzarsi per estrema varietà delle modalità di erogazione dei servizi. Forse già in questo primo aspetto è possibile rintracciare un punto di merito del SIUSS, che ha portato i circa 600 Ambiti territoriali sociali italiani ad effettuare una autoanalisi del Servizio sociale sul proprio territorio, rispetto al quale la qualità del dato delle prime rilevazioni può forse rappresentare un aspetto secondario rispetto invece ad un obiettivo più importante – potremmo dire di processo – di costruzione o rafforzamento degli ambiti di scala sovracomunale. I dati “perfetti” e “puliti”, ammesso che esistano, potremo verosimilmente averli negli anni successivi attraverso un processo progressivo e incrementale di miglioramento della rilevazione, anche grazie al ruolo svolto dalle Regioni².

Rispetto al tema della costruzione dell'Ambito, sono del tutto evidenti gli indirizzi nazionali (a partire dalle misure REI e Reddito di Cittadinanza, ma anche attraverso la distribuzione dei finanziamenti, si pensi ad esempio alla Missione 5 del PNRR) che mirano al potenziamento di infrastrutture sociali che, per essere tanto più efficaci nella lettura dei bisogni e nell'organizzazione ed erogazione dei servizi, dovranno superare la “polverizzazione” municipale e puntare a scale dimensionali più complesse, invero tenendo conto anche della sempre maggiore attenzione al tema dell'integrazione socio-sanitaria, e quindi alla necessità di costruzione di una governance ampia.

² In Toscana l'alimentazione annuale del SIOSS avviene anche grazie al ruolo svolto dal settore Welfare e Innovazione sociale di Regione Toscana, che si occupa di fornire assistenza tecnica ai referenti per la rilevazione, in maniera individuale e attraverso webinar organizzati periodicamente, anche in collaborazione con ANCI Toscana.

In Toscana, come sappiamo, la perfetta sovrapposizione tra Ambito territoriale sociale (ATS) e Zona distretto, l'elaborazione di una governance complessa, la programmazione integrata delle materie della sanità territoriale, della prevenzione e promozione della salute, del socio-sanitario e del socio-assistenziale (attraverso i Piani Integrati di Salute-PIS e la Programmazione Operativa Annuale-POA) rappresentano i perni attorno a cui ruota il modello regionale di integrazione socio-sanitaria, realizzato attraverso la Società della Salute o mediante la stipulazione della convenzione socio-sanitaria fra l'Ausl e i Comuni. La Zona distretto è l'ambito territoriale ottimale per valutare i bisogni sanitari e sociali delle comunità e per organizzare ed erogare i servizi delle reti territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate (LR 40/2005, art. 64 co.1).

Per quanto concerne la rilevazione riferita al sistema d'offerta (SIOSS), appare poi di grande rilievo la **fotografia della governance**, ovvero la modalità attraverso cui avviene la gestione dei servizi, se essa è associata, attraverso quali forme. Un dato importante a livello nazionale, anche – e forse soprattutto – per le scelte del Legislatore, considerato il quadro ancora fortemente disomogeneo non solo all'interno del Paese, ma talvolta anche all'interno delle stesse Regioni. Come detto poco sopra, in Toscana le Società della Salute e le Zone distretto in cui è stata stipulata la convenzione socio-sanitaria tra Ausl e Comuni consentono di avere un quadro informativo chiaro rispetto al tema della governance.

Altra sezione del SIOSS è data dalla **mappatura dei servizi presenti sul territorio** dell'ambito, unicamente in termini di presenza, funzionale ad avere un quadro completo dell'offerta esistente sul territorio nazionale. Questa sezione del sistema informativo presenta auspicabilmente molte potenzialità di sviluppo, o quantomeno di maggiore dettaglio rispetto all'offerta dei servizi, nei termini di punti di accesso, organizzazione oraria, professionalità presenti, ecc.

Infine, la **banca dati delle professioni e degli operatori sociali** rappresenta al momento il giacimento informativo SIOSS più ricco di informazioni, anche se talvolta dai compilatori sono emerse difficoltà a fornire alcune tipologie di dati, come ad esempio la ripartizione percentuale del monte orario dei professionisti all'interno dei diversi setting assistenziali. Le informazioni, che non possono essere confrontate con quelle relative al potenziamento del Servizio sociale professionale (che hanno finalità nonché criteri di calcolo differenti),

consentono di ricostruire un quadro piuttosto completo del capitale umano del Servizio sociale professionale presente nell'ambito territoriale, in termini di diverse professionalità presenti e tenendo conto anche (al contrario di quanto avviene per la rilevazione sul potenziamento dei Servizi sociali) di Assistenti sociali assunti con forme diverse dal contratto a tempo indeterminato e da Enti non titolari della funzione socio-assistenziale.

Infine, appare utile accennare alle funzionalità del Portale per l'Analisi Sociale (PAS), un progetto realizzato nell'ambito del PON Inclusion 2014-2020 promosso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, con il supporto di ANCI e INVITALIA e in collaborazione con l'INPS, che ha realizzato il Portale presso le proprie infrastrutture³. Obiettivo del progetto è favorire i processi di alimentazione del Sistema Informativo Unitario dei Servizi sociali (SIUSS) gestito dall'INPS e mettere a disposizione delle Regioni e Province autonome, degli Ambiti territoriali sociali, dei Comuni e degli altri Enti erogatori di prestazioni sociali strumenti di business intelligence per l'analisi multidimensionale dei dati a supporto della programmazione, del monitoraggio e della valutazione degli interventi e delle spese relative alle politiche sociali. Attraverso il Portale sono messe a disposizione degli enti coinvolti, mediante specifici report e cruscotti navigabili, dati aggregati relativi alle prestazioni sociali presenti nel SIUSS, integrati con dati del Sistema informativo ISEE, del Sistema Informativo dell'Offerta dei Servizi sociali (SIOSS) e dell'ISTAT. Le rilevazioni statistiche presenti nel Portale sono strutturate in modo tale che i beneficiari delle prestazioni sociali non siano identificabili da alcun soggetto esterno e possano essere utilizzate per le finalità istituzionali descritte.

Tale portale potrà rappresentare un importante strumento a disposizione del Servizio sociale nell'ottica della valutazione degli interventi su ampia scala, grazie all'interoperabilità di banche dati diverse e all'utilizzo di strumenti di analisi di big data. È tuttavia evidente che l'efficacia di tale strumento di analisi sarà direttamente proporzionale alla qualità di dati e informazioni che gli ATS inseriranno nel SIUSS: un motivo in più per proseguire nella strada intrapresa.

³ Il Portale è stato presentato il 22 giugno 2023 all'interno di un webinar tenuto dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali e da Anci.

1.2. I dati del SIOSS: Professioni e Servizi attivati

1.2.1. Sintesi delle principali evidenze dalle banche dati SIOSS

Dall'analisi delle banche dati presenti nel SIOSS emergono alcune principali evidenze, riportate di seguito in forma sintetica per offrire un primo quadro conoscitivo.

La banca dati delle professioni evidenzia che, a partire dal 2020, è aumentato il numero di Operatori del Servizio sociale professionale assunti a tempo indeterminato dagli Enti gestori (+412) e del totale complessivo di coloro che sono contrattualizzati con soggetti diversi (+ 1.759): di questi ultimi, resta elevata la percentuale sul totale (80%), poiché solo gli Assistenti sociali sono in grande maggioranza dipendenti di coloro che esercitano la funzione socio assistenziale. Nel dettaglio, gli Assistenti sociali sono passati dai 1.156 del 2020 ai 1.298 del 2022; gli educatori da 1.260 a 1.679, OSS/AdB/OTA da 2.427 a 3.109, gli psicologi da 125 a 177, gli infermieri da 284 a 377. Tra le loro caratteristiche spicca la significativa prevalenza del genere femminile (in particolare nei ruoli di Assistente sociale, psicologo e infermiere) e di una età media superiore ai 35 anni.

Gli Assistenti sociali in servizio sono 1.298 (di cui 287 esternalizzati), con una media di circa 27 ore settimanali lavorate; nella categoria è significativa la diminuzione percentuale della quota di personale esternalizzato, dal 22 al 14%, riconducibile ai contributi destinati al potenziamento del Servizio. Il rapporto tra Assistenti sociali e popolazione in Toscana è passato da 1/3.195 del 2020 a 1/2.813 del 2022: dieci Ambiti sono sotto questa soglia, diciotto sono sopra. È importante ricordare che questa proporzione, per quanto indicativa dello stato dell'arte del Servizio sociale professionale regionale, non è quella individuata dal livello essenziale di cui alla legge 178/2020, in quanto la normativa fa riferimento al solo personale dipendente a tempo indeterminato dell'Ente Gestore.

A tale proposito, il consuntivo rilevato dal SIOSS riferito alla misura di potenziamento del Servizio (dunque, come detto, ai soli Assistenti sociali assunti a tempo indeterminato da chi esercita la funzione socio assistenziale) registra anch'esso un aumento importante. Dai 546,11 del 2020 siamo passati ai 568,02 del 2021 e ai 703,52 del 2022, a testimonianza, come già rilevato,

di come la misura a sostegno abbia inciso in modo significativo sulle assunzioni⁴. Il rapporto tra AA.SS. e popolazione in Toscana è passato da 1/6.717 del 2020 a 1/5.226 del 2022; due Ambiti sono sotto la soglia individuata dal LEP 1:4.000, undici sotto la soglia di 1:5.000 (1/5.226 la media regionale), otto sotto la soglia di 1:6.500.

Riguardo i servizi offerti, Segretariato, Servizio sociale professionale, integrazione al reddito e sostegno socio educativo territoriale e domiciliare sono erogati in tutti gli Ambiti; nella quasi totalità i servizi di mediazione culturale, assistenza domiciliare socio assistenziale. La modalità di gestione prevalente è quella diretta, attuata a livello dei singoli Comuni, associata, convenzione sociosanitaria, Società della Salute (solo tre Comuni hanno esternalizzato il Servizio). La media degli utenti del Servizio sociale professionale in Toscana si attesta sui 39,3/1000 abitanti, con un intervallo zonale che ha come punte estreme 80,9 e 14,7.

Acquisite tali evidenze principali, nei paragrafi successivi saranno approfondite alcune specificità derivanti dal ricco panorama di dati.

⁴ I decimali risultano dal fatto che nel calcolo del personale si utilizza l'unità di misura del full time equivalente, che tiene conto delle quote di giornate lavorate nel corso dell'anno (ad esempio, una persona assunta il 30 giugno viene conteggiata 0,5 perché di fatto lavora per metà anno).

1.2.2. Le professioni coinvolte nel sistema dei Servizi sociali

Come già accennato, la banca dati delle Professioni contiene l'insieme delle figure professionali dei Servizi sociali (Assistenti sociali, educatori, mediatori culturali, psicologi, pedagogisti, sociologi, OSS/AdB/OTA, infermieri, etc., degli enti titolari della funzione socio-assistenziale, delle Ausl e del Terzo settore coinvolto nella realizzazione di interventi e servizi) e fornisce, dunque, un quadro complessivo delle risorse umane e delle professionalità presenti all'interno della regione e nei vari ambiti territoriali.

Dalla serie storica 2020-2022 si evince chiaramente il potenziamento complessivo del sistema (Tabella 1.1): si è passati da 5.626 a 7.385 operatori (+31%), la quasi totalità delle figure professionali ha visto un incremento numerico e il monte ore complessivo è aumentato da circa 165.500 ore a oltre 191.000 (+15%). È rimasta invece pressoché inalterata la quota di personale esternalizzato (attorno all'80%), eccetto che tra gli Assistenti sociali (dal 28 al 22%, come già esplicitato nel paragrafo precedente).

TABELLA 1.1. - OPERATORI DEL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE - NUMERO E MONTE ORE SETTIMANALE TOTALE E ESTERNALIZZATO (CONTRATTUALIZZATO CON SOGGETTI DIVERSI DAGLI ENTI TITOLARI DELLA FUNZIONE SOCIO-ASSISTENZIALE) - TOSCANA, ANNI 2020-2022 - FONTE: SIOSS-BANCA DATI PROFESSIONI

ZONA/AREA VASTA	2022					
	OPERATORI DEL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE			MONTE ORE SETTIMANALE		
	TOTALE	DI CUI ESTERNALIZZATI		TOTALE	DI CUI ESTERNALIZZATI	
	V.A.	V.A.	%	V.A.	V.A.	%
Assistente sociale	1.298	287	22%	42.577	8.335	20%
Educatore	1.679	1.503	90%	40.365	36.835	91%
Mediatore culturale / Operatore interculturale	271	271	100%	1191	1191	100%
Psicologo	177	152	86%	3434	2738	80%
Pedagogista	8	6	75%	203	131	65%
Sociologo	3	3	100%	30	30	100%
OSS / AdB / OTA	3.109	2.910	94%	81.626	75.989	93%
Infermiere	387	356	92%	11.231	10.138	90%
Altro	453	430	95%	10.627	10.243	96%
Totale	7.385	5.918	80%	191.284	145.630	76%

ZONA/AREA VASTA	2021					
	OPERATORI DEL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE			MONTE ORE SETTIMANALE		
	TOTALE	DI CUI ESTERNALIZZATI		TOTALE	DI CUI ESTERNALIZZATI	
	V.A.	V.A.	%	V.A.	V.A.	%
Assistente sociale	1.306	362	28%	42.982	10.690	25%
Educatore	1.646	1.545	94%	37.891	34.988	92%
Mediatore culturale / Operatore interculturale	244	243	100%	1.139	1.139	100%
Psicologo	206	185	90%	3.925	3.415	87%
Pedagogista	8	7	88%	162	126	78%
Sociologo	3	3	100%	48	48	100%
OSS / AdB / OTA	2.815	2.668	95%	75.367	70.275	93%
Infermiere	347	314	91%	10.557	9.547	90%
Altro	484	447	92%	11.671	10.663	91%
Totale	7.059	5.774	82%	183.742	140.891	77%
2020						
Assistente sociale	1.156	328	28%	39.709	9.644	24%
Educatore	1.260	1.150	91%	37.400	33.929	91%
Mediatore culturale / Operatore interculturale	103	103	100%	1.224	1.224	100%
Psicologo	125	96	77%	2.474	1.749	71%
Pedagogista	8	6	75%	147	93	63%
Sociologo	0	0	-	0	0	-
OSS / AdB / OTA	2.427	2.270	94%	69.763	64.853	93%
Infermiere	284	277	98%	8.639	8.553	99%
Altro	263	241	92%	6.129	5.628	92%
Totale	5.626	4.471	79%	165.485	125.673	76%

Inoltre, esplodendo le caratteristiche interne delle singole professionalità (Tabella 1.2.), si può constatare che c'è stato un sensibile aumento della componente femminile (+27%) e ancor più nello spaccato under 35 anni (+36%), a testimonianza di un positivo ricambio tra le risorse umane.

TABELLA 12. - OPERATORI DEL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE - CARATTERISTICHE E MONTE ORE SETTIMANALE - TOSCANA, ANNI 2020-2022 - FONTE: SIOSS-BANCA DATI PROFESSIONI

	Assistente sociale	Educatore	Mediatore culturale / Operatore interculturale	Psicologo	OSS / AdB / OTA	Infermiere	Altro	Totale
Totale operatori	1.298	1.679	271	177	3.109	387	464	7.385
di cui femmine	1.219	886	131	107	2.376	317	287	5.323
di cui minori di 35 anni	337	344	48	16	400	92	114	1.351
di cui personale direttivo o quadro	99	30	0	14	4	4	16	167
di cui personale esternalizzato*	287	1.503	271	152	2.910	356	439	5.918
Monte ore settimanale	42.577	40.365	1.191	3.434	81.626	11.231	10.860	191.284
di cui personale enti titolari della gestione	34.242	3.530	0	696	5.637	1.093	456	45.654
di cui personale esternalizzato	8.335	36.835	1.191	2.738	75.989	10.138	10.404	145.630
2021								
Totale operatori	1.306	1.646	244	206	2.815	347	495	7.059
di cui femmine	1.196	961	182	132	2.208	277	302	5.258
di cui minori di 35 anni	302	458	26	31	427	89	117	1.450
di cui personale direttivo o quadro	118	25	0	14	3	3	23	186
di cui personale esternalizzato*	362	1.545	243	185	2.668	314	457	5.774
Monte ore settimanale	42.982	37.891	1.139	3.925	75.367	10.557	11.881	183.742
di cui personale enti titolari della gestione	32.292	2.903	0	510	5.092	1.010	1.044	42.851
di cui personale esternalizzato	10.690	34.988	1.139	3.415	70.275	9.547	10.837	140.891

	Assistente sociale	Educatore	Mediatore culturale / Operatore interculturale	Psicologo	OSS / AdB / OTA	Infermiere	Altro	Totale
2020								
Totale operatori	1.156	1.260	103	125	2.427	284	271	5.626
di cui femmine	1.087	625	65	79	1.894	254	177	4.181
di cui minori di 35 anni	232	279	22	8	312	79	58	990
di cui personale direttivo o quadro	219	47	0	12	8	10	15	311
di cui personale esternalizzato*	328	1.150	103	96	2.270	277	247	4.471
Monte ore settimanale	39.709	37.400	1.224	2.474	69.763	8.639	6.276	165.485
di cui personale enti titolari della gestione	29.873	3.018	0	725	4.910	86	531	39.143
di cui personale esternalizzato	9.644	33.929	1.224	1.749	64.853	8.553	5.721	125.673

* contrattualizzato con soggetti diversi dagli enti titolari della funzione socio assistenziale esercitata in forma singola o associata

1.2.3 I servizi attivati e la loro presenza nei territori

Attraverso la banca dati Servizi attivati del SIOSS, dal 2021 è stato per la prima volta possibile fornire un quadro completo del sistema degli interventi e dei Servizi sociali offerti all'interno del territorio toscano, evidenziando per tutti gli interventi e/o servizi previsti dal nomenclatore se sono stati attivati in ognuno dei 28 ATS.

Si nota come, al 2022, alcuni servizi universali (quali il Segretariato sociale e il Servizio sociale professionale) siano presenti in tutto il territorio e servano tutte le aree di utenza, così come la gran parte delle misure dell'area di sostegno e inclusione sociale (Integrazioni al reddito, Sostegno socio-educativo territoriale/domiciliare o scolastico, mediazione, inserimento lavorativo) trovano riscontro nella quasi totalità degli ambiti toscani. Viceversa, nell'ambito dei servizi residenziali e semi-residenziali ci sono servizi e interventi che hanno una diffusione molto meno capillare sul territorio.

TABELLA 1.3. - ATS CHE OFFRONO IL SERVIZIO/INTERVENTO NEL PROPRIO TERRITORIO - TOSCANA, ANNO 2022 - FONTE: SIOSS-BANCA DATI SERVIZI ATTIVATI

Macro attività Interventi e servizi sociali		Aree assistenziali					
		Famiglia e Minori	Anziani Autosufficienti	Disabili	Anziani non Autosufficienti	Povertà	Disagio adulti, dipendenze
A. Accesso valutazione e progettazione	A.1. Segretariato Sociale	28	28	28	28	28	28
	A.2. Servizio Sociale professionale	28	28	28	28	28	28
	A.3. Centri anti violenza						23
B. Misure per il sostegno e l'inclusione sociale	B.1. Integrazioni al reddito	28	28	27	27	28	27
	B.2. Sostegno socio-educativo territoriale o domiciliare	28		27			24
	B.3. Sostegno socio-educativo scolastico	22		26			
	B.4. Supporto alle famiglie e alle reti familiari	28					
	B.5. Attività di mediazione	27	16	16	15	21	23
	B.6. Sostegno all'inserimento lavorativo	21		27	0	26	26
	B.7. Pronto intervento sociale e Interventi per le povertà estreme	24	21	20	19	25	24
	B.8. Altri interventi per l'integrazione e l'inclusione sociale	25	24	26	22	23	25

Macro attività Interventi e servizi sociali		Aree assistenziali					
		Famiglia e Minori	Anziani Autosufficienti	Disabili	Anziani non Autosufficienti	Povertà	Disagio adulti, dipendenze
C. Interventi per favorire la domiciliarità	C.1. Assistenza domiciliare socio-assistenziale	27	28	26	22		25
	C.2. Assistenza domiciliare Integrata con servizi sanitari	11	11	26	27		17
	C.3. Altri interventi per la domiciliarità	19	21	21	22	17	19
	C.4. Trasporto sociale	18	20	27	22	15	18
D. Centri servizi, diurni e semi-residenziali	D.1. Centri con funzione socio-educativa-ricreativa	22	18	22			12
	D.2. Centri con funzione socio-assistenziale	13	13	17	6		6
	D.3. Centri e attività a carattere socio-sanitario	5	4	18	22		9
	D.4. Centri servizi per povertà estrema					16	12
	D.5. Integrazione retta/voucher per centri diurni	14	12	22	20	9	8
E. Strutture comunitarie e residenziali	E.1. Alloggi per accoglienza di emergenza	20				20	21
	E.2. Alloggi protetti	12	9	22		12	19
	E.3. Strutture per minori a carattere familiare	18					
	E.4. Strutture comunitarie a carattere socio-assistenziale	21	19	11	3	15	15
	E.5. Strutture comunitarie a carattere socio-sanitario	5	9	25	25	0	11
	E.6. Strutture di accoglienza notturna per povertà estrema					18	
	E.7. Servizi per Aree attrezzate di sosta per comunità rom, sinti e caminanti						3
	E.8. Integrazione retta/voucher per strutture residenziali	20	22	25	26	15	20

Il Servizio sociale professionale

Il Servizio sociale professionale vede all'interno degli ATS toscani la presenza di 67 diversi soggetti attuatori (tra Società della Salute, Comuni, Unioni di Comuni e Convenzione socio-sanitaria) ed è gestito nella quasi totalità dei casi in modalità diretta da parte degli enti titolari della funzione socio-assistenziale.

Dal punto di vista organizzativo emergono diverse sfaccettature: la presenza di accordi strutturati per il lavoro delle équipes integrate è stata dichiarata da circa 3/4 dei soggetti attuatori; la presenza di accordi strutturati con la rete dei servizi territoriali da circa 2/3; l'informatizzazione cartella sociale da circa la metà e il collegamento della stessa con il segretariato sociale dal 40%; la presenza di una figura di coordinamento del Servizio sociale professionale dal 46%. Tutti elementi che evidenziano la necessità di migliorare alcuni aspetti organizzativi per la crescita complessiva del sistema.

Tra i dati interessanti che gli ATS forniscono annualmente c'è quello degli utenti in carico al Servizio sociale, che permette di abbozzare una minima analisi di carico dei servizi nei diversi ambiti. Nel 2022 risultavano circa 143.500 persone in carico ai Servizi sociali toscani, ovvero circa 39 ogni 1.000 residenti, con un range per i 28 ATS che va da circa 15 a circa 81:1.000.

TABELLA 14. - SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE: ALCUNE CARATTERISTICHE ORGANIZZATIVE - TOSCANA, ANNO 2022 - FONTE: SIOSS-BANCA DATI SERVIZI ATTIVATI/IL SEGRETARIATO SOCIALE

Tipo di gestione	Diretta	96%
	Esternalizzata	4%
Aspetti organizzativi	presenza di accordi strutturati per il lavoro delle équipes integrate	72%
	Presenza di accordi strutturati con la rete dei servizi territoriali	64%
	Cartella sociale informatizzata	51%
	Cartella sociale collegata al segretariato sociale	40%
	Presenza di figura di coordinamento del servizio sociale professionale	46%
Utenza	N. utenti	143.516
	Utenti per 1.000 residenti	39,3

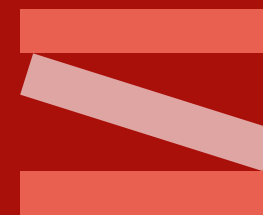
Il segretariato sociale

Il Segretariato sociale è un livello essenziale di assistenza istituito in ogni ambito territoriale toscano e si caratterizza per l'elevata prossimità al cittadino, poiché sono presenti all'interno della regione ben 285 sedi fisiche di accesso, di cui 222 (78%) gestiscono in forma strutturata anche richieste relative a bisogni socio-sanitari (essendo quindi già nell'ottica della nuova organizzazione dei servizi territoriali prevista dal DM 77/2022 e dal PNRR). Complessivamente, il monte ore svolto dagli operatori coinvolti nell'attività di segretariato sociale in Toscana è di 2.656 ore (mediamente si tratta di oltre 95 ore settimanali per ogni ATS), con molti sportelli che assicurano il funzionamento per 5 giorni o più durante la settimana.

Va inoltre sottolineato che meno di 1/4 dei soggetti attuatori ha dichiarato di avere tutti i punti di accesso informatizzati, circa 1/3 ne ha alcuni, mentre il 45% non ha alcun punto di accesso che prevede la registrazione telematica delle domande degli utenti.

TABELLA 15. - SEGRETARIATO SOCIALE: ALCUNE CARATTERISTICHE ORGANIZZATIVE - TOSCANA, ANNO 2022 - FONTE: SIOSS-BANCA DATI SERVIZI ATTIVATI

Tipo di gestione	Diretta	97%
	Esternalizzata	3%
N. sedi fisiche dei punti di accesso	Totale	285
	di cui: gestiscono in forma strutturata anche richieste bisogni socio-sanitari	78%
Monte ore medio settimanale punti accesso		40
Giorni medi apertura punti accesso		3,8
Punti di accesso tematici	Presenza di punti di accesso tematici	60%
	di cui: per stranieri	30%
	di cui: per persone con disabilità	25%
Informatizzazione di punti di accesso	alcuni	33%
	tutti	22%
	nessuno	45%



SEZIONE SECONDA

STATO DELL'ARTE IN RELAZIONE AI LIVELLI ESSENZIALI DELLE PRESTAZIONI SOCIALI

Secondo l'articolo 117 c.2 della Costituzione italiana lo Stato individua e garantisce livelli essenziali di prestazioni (LEP) uniformi e certi su tutto il territorio nazionale affinché i cittadini possano avere diritti garantiti indipendentemente dal territorio di appartenenza su istruzione e formazione, salute, assistenza sociale, mobilità e trasporto. Al legislatore tuttavia non spetta la sola individuazione degli ambiti ma anche la definizione dei servizi minimi necessari a garantire i diritti sociali e civili, il costo e il livello standard delle prestazioni per il loro soddisfacimento e il soggetto legale responsabile della loro realizzazione. Lo Stato, dunque, svolge un compito di definizione, organizzazione e programmazione: l'attuazione dei LEP compete invece agli Enti locali e ad altri enti autonomi (es. Istituzioni Scolastiche).

I LEP dunque si possono definire come “minimi comun denominatori” dei diritti sociali e civili a livello nazionale.

In ambito sociale la Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali 8 novembre 2000, n. 328⁵ e il Piano nazionale degli interventi e dei Servizi sociali 2021-2023 definiscono i livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS), prevedendo la costruzione di un Sistema dei Servizi sociali entro una visione e un approccio organizzativo che riconducono al centro la persona, nella sua unità e nei suoi bisogni, superando l'ottica categoriale.

⁵ L'art. 22 della L. n. 328/2000 identifica due gradi di livelli essenziali; il primo (c. 2) è rappresentato dagli interventi che «costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi secondo le caratteristiche ed i requisiti fissati dalla pianificazione nazionale, regionale e zonale», quali misure di contrasto alla povertà e sostegno al reddito, interventi di sostegno a favore di minori, disabili, anziani, tossicodipendenti e altre categorie vulnerabili. Il secondo grado (c. 4) è costituito dalle prestazioni la cui erogazione le leggi regionali devono comunque prevedere: «Servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari; servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari; assistenza domiciliare; strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali; centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario». Il limite di tale formulazione è da ricercarsi nella sola elencazione generale delle misure senza che vengano definiti caratteristiche e requisiti delle prestazioni essenziali, essendo queste rimandate programmazione nazionale e regionale.

Il contesto toscano

La legge di bilancio 2021 (art. 1, commi 794-804, della legge n. 178 del 2020) ha inteso potenziare il sistema dei Servizi sociali comunali rafforzando gli interventi di contrasto alla povertà nella prospettiva del raggiungimento di un livello essenziale delle prestazioni definito da un rapporto tra Assistenti sociali impiegati nei Servizi sociali territoriali e popolazione residente pari a 1 a 5.000 in ogni ambito territoriale, e dell'ulteriore obiettivo di servizio di un rapporto tra Assistenti sociali impiegati nei Servizi sociali territoriali e popolazione residente pari a 1 a 4.000.

Da parte sua, la legge di bilancio 2022 (legge n. 234 del 2021) ha fornito, ai commi da 159 a 171, la prima definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS), e qualificato gli ambiti territoriali sociali (ATS) quale sede necessaria in cui programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al loro raggiungimento nonché a garantire la programmazione, il coordinamento e la realizzazione dell'offerta integrata sul territorio, precisando che gli ATS concorrono alla piena attuazione degli interventi previsti dal PNRR nell'ambito delle politiche per l'inclusione e la coesione sociale.

Nel Piano nazionale degli interventi e dei Servizi sociali 2021-2023 vengono poi individuate alcune attività prioritarie nella programmazione triennale e dei nuovi LEPS. Tra gli interventi considerati come prioritari vengono indicati:

- Area delle azioni di sistema;
- Punti unici di accesso;
- Supervisione del personale dei Servizi sociali;
- Potenziamento professioni sociali;
- Prevenzione allontanamento familiare - P.I.P.P.I.

A tali nuovi LEPS sono state indirizzate, nel PNRR – Missione 5 risorse specifiche.

Il Piano nazionale per gli interventi e i Servizi sociali di contrasto alla povertà 2021 - 2023, oltre a ribadire come LEPS il rafforzamento del Servizio sociale professionale, mediante assunzione a tempo indeterminato di Assistenti sociali, indica come LEPS il pronto intervento sociale con la definizione di criteri e modalità di servizio che devono essere assicurati in ogni ATS.

In Toscana l'ambito territoriale coincide con la zona-distretto⁶, definita contesto ottimale per valutare i bisogni sanitari e sociali delle comunità e per organizzare ed erogare i servizi delle reti territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate. La Zona distretto infatti è il livello di organizzazione delle funzioni direzionali interprofessionali e tecnico-amministrative delle reti territoriali sanitarie, socio sanitarie e sociali integrate.

Nell'ambito territoriale della zona-distretto l'integrazione socio-sanitaria è realizzata attraverso la Società della salute⁷ o mediante la stipulazione della convenzione socio-sanitaria fra l'Ausl e i Comuni.

La D.G.R. 269/2019 "Governance delle reti territoriali" prevede uno schema logico di integrazione tra dipartimenti e zone-distretto attraverso un'apposita matrice organizzativa, centrata sui livelli di integrazione richiesti alle SdS/Zone con i servizi della sanità territoriale e sociosanitari, con l'ospedale per la continuità ospedale-territorio, con gli enti locali per la parte socioassistenziale.

I Dipartimenti, che nelle tre Aziende Sanitarie locali di area vasta prevedono quello dei Servizi sociali, rappresentano la "casa professionale" di riferimento che preserva i professionisti dal rischio di isolamento e garantisce opportunità di crescita in termini di competenze e ruoli.

La Zona-distretto/SdS deve essere realmente il livello fondamentale in grado di contestualizzare sul territorio e rendere operativi gli indirizzi e le azioni previste dai vari livelli di programmazione, in quanto capace di leggere i bisogni della popolazione di riferimento e di poter coordinare ed armonizzare le risorse sia di tipo sanitario che sociale necessarie ai diversi Percorsi Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali (PDTAS) in modo integrato.

⁶ L'articolo 64 della legge regionale 40/2005 "Disciplina del sistema sanitario regionale" prevede che siano assegnate importanti funzioni alle Zone distretto (organizzazione ed erogazione dei servizi inerenti alle reti territoriali sanitarie, sociosanitarie e sociali integrate, continuità delle risposte territoriali della integrazione sociosanitaria, compresi i servizi per la salute mentale e le dipendenze e della non autosufficienza), si veda inoltre la L.R. 11/2017 "Disposizioni in merito alla revisione degli ambiti territoriali delle Zone distretto. Modifiche alla Lr. 40/2005 ed alla Lr. 41/2005 che rafforza notevolmente il ruolo delle Zone distretto.

⁷ Ente di diritto pubblico, costituito in forma di consorzio composto dagli enti locali e dall'azienda Usl compresi negli ambiti territoriali della medesima zona-distretto. (Titolo V Capo III bis LR 40/2005).

Partendo dalla rilevazione dei bisogni indicati dal quadro socio-assistenziale relativo a quel territorio infatti, la Zona-distretto/SdS, attraverso la programmazione supportata dal proprio Ufficio di Piano e altri professionisti, traduce i singoli interventi: il Piano Integrato di Salute è lo strumento unitario di programmazione dei servizi territoriali sanitari e sociali e il suo campo di applicazione comprende le materie della sanità territoriale, del sociosanitario, del socioassistenziale, raccoglie le attività di contrasto alla violenza di genere, e incrocia le principali attività di promozione o di educazione della salute. Si tratta di un dispositivo amministrativo complesso che svolge diverse funzioni contemporaneamente perché definisce la programmazione operativa del sistema dei servizi integrato a livello zonale, ma allo stesso tempo cerca anche di sviluppare una programmazione strategica pluriennale orientata verso i determinanti di salute.

All'interno di questo quadro la determinazione dei LEPS si intreccia con il processo di definizione dei fabbisogni standard che, in attuazione della legge delega sul federalismo fiscale n. 42 del 2009⁸, ha previsto che agli enti locali siano attribuite, oltre alle risorse di carattere tributario, anche risorse finanziate dalla fiscalità generale, dedicate alla perequazione integrale delle funzioni fondamentali dei Comuni.

Nel periodo emergenziale da COVID-19, in cui è stata ancor più evidente l'importanza dell'integrazione sociosanitaria ed il rafforzamento dei Servizi sociali in una ottica di collaborazione fra i diversi livelli di governo, il decreto legge n. 34 del 2020 (art. 89, comma 2-bis) ha inteso garantire la continuità dei Servizi sociali, socio assistenziali e socio sanitari: le Regioni e le Province autonome hanno infatti definito le modalità per garantire, anche in situazioni di emergenza, l'accesso e la continuità dei Servizi sociali, socio assistenziali e socio sanitari essenziali. Sono stati considerati essenziali alcuni Servizi sociali indicati dalla legge n. 328/2020 (più precisamente il Servizio sociale professionale e il segretariato sociale, il servizio di pronto intervento sociale, l'assistenza domiciliare, le strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociale e i

⁸ C'è infatti un rapporto diretto tra la definizione dei Lep e la determinazione di costi e fabbisogni standard da riconoscere ai comuni e agli altri enti locali. Definire i Lep significa stabilire quali servizi e prestazioni devono essere offerte in tutto il paese, per garantire i diritti sociali e civili dei cittadini. In concreto, significa che se lo stato definisce un livello essenziale delle prestazioni, poi deve anche garantire a comuni, province, città metropolitane e regioni le risorse sufficienti per poterli erogare. In particolare a quelli meno dotati di risorse (ad esempio perché con bassa capacità fiscale).

centri di accoglienza residenziali o diurni) in quanto volti a garantire il godimento di diritti della persona costituzionalmente tutelati.

La logica di tenere insieme l'aspetto dei diritti delle persone, l'appropriatezza della risposta, la sostenibilità economica e le diverse declinazioni dei servizi e degli interventi di carattere sociale, garantendo il necessario collegamento con gli interventi di carattere sociosanitario e sanitario sono state confermate dal recente Decreto 77/2022, declinato nel nostro territorio nel "Sistema integrato territoriale sociale e sanitario della Toscana" di cui alla DGR 1508/2023. Tale approccio inoltre è sottolineato dalle indicazioni di utilizzo integrato e coordinato delle diverse fonti di finanziamento, che trovano esplicitazione nell'elaborazione dell'annuale "Mappafondo", una sorta di proiezione di tutte le risorse di cui gli Ambiti avranno disponibilità e sulla quale fare una loro programmazione per l'annualità successiva.

Tale approccio trova la sua esemplificazione nell'implementazione, grazie al LEPS Prevenzione allontanamento familiare - P.I.P.P.I., del modello toscano di intervento e presa in carico delle famiglie vulnerabili con figli minori che intende mettere a sistema i percorsi sperimentati negli ATS, con la costituzione e attivazione delle équipes multiprofessionali, avvalendosi delle opportunità e dei finanziamenti nazionali attivati grazie ai Fondi erogati dal Dipartimento Politiche per la Famiglia, alle risorse destinate dal Ministero del Lavoro e del PNRR.

Ciò supporta l'obiettivo che i sistemi di finanziamento da un lato ed i livelli essenziali di prestazione dall'altro, comprese le progettualità che saranno finanziate con il PNRR, possano avere una sostenibilità futura, inquadrando i progetti negli attuali sistemi di programmazione regionale e zonale, secondo un approccio di coesione territoriale da perseguire per garantire il corretto utilizzo delle risorse a disposizione.

Il tema risorse comprende la cura e l'investimento nelle risorse umane e nelle professionalità, nella consapevolezza che la valorizzazione delle esperienze attivate nei territori più esperti derivi dalla presenza di operatrici ed operatori che, costruendo forme, anche innovative, di collaborazione e collaborazione interprofessionale favoriscano processi decisionali caratterizzati da condivisione, confronto e discussione, contribuendo all'impostazione di azioni di prevenzione, di appropriata assunzione di co-decisioni, di corretta valutazione.

TABELLA 2.1 - QUADRO SINOTTICO DELLE MISURE DI POTENZIAMENTO DEI SERVIZI SOCIALI

INTERVENTO	TIPOLOGIA E DETTAGLIO	PRINCIPALI FONTI DI FINANZIAMENTO
Servizio sociale professionale	LEPS: garanzia di un rapporto a.s. abitanti di 1:5000	Fondo povertà, FNPS, PON Inclusion, Fondo solidarietà comunale
Potenziamento professioni sociali	POTENZIAMENTO: Possibilità di assunzione di altre figure professionali sociali, diverse dagli Assistenti sociali.	FNPS, Fondo Povertà, PON Inclusion, Fondo solidarietà comunale
Pronto intervento sociale	LEPS: in ogni territorio garantito un servizio PIS per le situazioni di emergenza, come integrazione del Servizio sociale nei giorni di chiusura, o come servizio specialistico ad hoc SCHEDA 3.7.1	React, Fondo povertà, FNPS, PON Inclusion
Punti Unici di Accesso	POTENZIAMENTO: realizzato congiuntamente da Ambito e Azienda sanitaria, evoluzione dell'organizzazione del segretariato sociale e dello sportello sociale, garantisce accesso unificato alle prestazioni socioassistenziali e sociosanitarie. SCHEDA 2.7.1	FNPS, FNA
Supervisione al personale dei Servizi sociali	LEPS: direttamente o per il tramite dell'Ambito, garanzia di supervisione per Assistenti sociali o operatori sociali che svolgano funzione di Servizio sociale professionale. Livello minimo di 16h annue di gruppo, aggiuntive a momenti individuali. Durata minima di 2h, anche con modalità telematica. Indicato il costo massimo di riferimento. SCHEDA 2.7.2	PNRR, FNPS

Il Piano Nazionale per gli interventi e i Servizi sociali di contrasto alla povertà 2021 - 2023, si articola su tre pilastri programmatici: il piano nazionale dei Servizi sociali, il piano di contrasto alla povertà, il piano per la non autosufficienza, di durata triennale, aggiornabili annualmente secondo una logica temporale "a scorrimento".

Su questa base Regione Toscana ha elaborato, con il contributo di ANCI Toscana e Federsanità Anci Toscana l'Atto di programmazione regionale per gli interventi e i Servizi sociali di contrasto alla povertà 2021-2023. Il Piano, discusso ed integrato dalla Cabina di Regia tecnica e condiviso dal Tavolo Regionale per la protezione e l'inclusione sociale, prevede costruzione di contesti territoriali caratterizzati da:

1. la definizione di Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali;
2. la definizione di Obiettivi di servizio⁹;
3. un approccio multidimensionale ai processi di impoverimento e di inclusione sociale;
4. la definizione di percorsi di presa in carico integrati universalistici basati su accessi integrati e l'attivazione di équipe multiprofessionali per la valutazione di bisogni complessi;
5. un welfare di comunità che, all'interno di una cornice condivisa, promuova processi di partnership tra risorse pubbliche e private caratteristici e differenti a seconda delle diversità territoriali;
6. la centralità dei processi di programmazione collegati sia ai Piani Integrati di salute sia ai Piani Zonali per l'Inclusione per la promozione di governance integrata, di partecipazione e di sinergia tra politiche di settore convergenti.

Le nuove opportunità fornite dal PNRR dialogano in maniera serrata e coordinata con il sistema della programmazione multilivello, con le diverse fonti di finanziamento disponibili evidenziate nel "Mappafondo" e con il sistema dei Livelli essenziali di Prestazione, anche la stessa partecipazione ai bandi PNRR è stata concepita in tale logica al fine di evitare frammentazioni nelle risposte alla cittadinanza e/o sovrapposizioni e dispersione delle risorse.

La Missione 5 del PNRR viene valutata e utilizzata quindi non come una serie di risorse una tantum da immettere nel sistema, ma un'opportunità da inserire e intersecare con gli obiettivi legati ai temi dell'inclusione sociale; il Ministero ha infatti assegnato le risorse direttamente agli ambiti territoriali sociali, a seguito di una manifestazione di interesse regionale. In data 14 gen-

⁹ Di cui alla legge 42/2009 sul federalismo fiscale che all'art. 18 parla di "percorso di convergenza degli obiettivi di servizio ai livelli essenziali delle prestazioni e alle funzioni fondamentali" ancora una volta riferito all'articolo 117 Cost., secondo comma, lettere m) e p).

naio 2022 è stato organizzato, in accordo con ANCI Toscana, un webinar a cui hanno partecipato circa 310 persone tra operatori degli ambiti, Assessori, Sindaci e tecnici e dirigenti regionali, in cui è stata illustrata la Missione 5 del PNRR ma soprattutto le modalità di incontro ed intreccio con il sistema dei servizi regionale e territoriale.

Nell'ambito della Missione 5 sono previsti i seguenti ambiti di attività: sostegno alle capacità genitoriali e prevenzione della vulnerabilità di famiglie e bambini (20 progetti per un budget complessivo di 4 milioni 230 mila euro), autonomia degli anziani non autosufficienti (8 progetti, con un budget di 19 milioni 680 mila euro), rafforzamento dei Servizi sociali domiciliari e dimissione anticipata assistita e ospedalizzazione (13 progetti per un complessivo di 4 milioni 290 mila euro), rafforzamento dei Servizi sociali e prevenzione del fenomeno del burnout tra gli operatori (13 progetti, per un totale di 2 milioni 730 mila euro), percorsi di autonomia delle persone con disabilità (42 progetti, per un budget di oltre 30 milioni), povertà estrema e Housing First, Stazione di posta (20 progetti complessivi per 14 milioni 200 mila euro), povertà estrema Centri servizi (20 progetti, per complessivamente 21 milioni 800 mila euro).

L'Assessorato al Sociale ha inoltre collaborato attivamente con l'Assessorato alla Sanità per la Missione 6 PNRR relativa alle Case della comunità, a partire dai contenuti del documento Agenas¹⁰, per l'inserimento del sociale a garantire l'obiettivo dell'integrazione socio sanitaria, con una ipotesi di sperimentazione, visto che tra i livelli essenziali delle prestazioni, il Ministero delle Politiche Sociali inserisce i punti unici d'accesso (PUA) – in Toscana sono i Punti Insieme - come sede unica in cui avviare il percorso di presa in carico, luogo facilmente individuabile, spazio e contesto di lavoro integrato e multiprofessionale, con la presenza di operatori adeguatamente formati, di équipe, per la presa in carico dei bisogni complessi delle persone, sia sul versante sociale che sul versante sanitario.

Si ritiene infatti fondamentale l'integrazione dei servizi di segretariato sociale all'interno del Punto Unico di Accesso. Inoltre per quanto riguarda l'area minori e famiglie è prevista la realizzazione in ogni Zona distretto/Società della Salute di almeno un polo di riferimento ovvero Centro per le famiglie,

¹⁰ <https://www.agenas.gov.it/i-quaderni-di-monitor-%E2%80%93-supplementi-alla-rivista/2141-documento-di-indirizzo-per-il-metaprogetto-della-casa-della-comunit%C3%A0>

anche con più articolazioni, per la risposta ai bisogni e alle istanze delle famiglie, in stretta connessione con le attività socio-sanitarie, sanitarie e sociali erogate nelle Case di Comunità, per definire modelli personalizzati per la cura ed il sostegno delle famiglie, dei minori e degli adolescenti, rafforzando il ruolo dei Servizi sociali territoriali e le strutture ed i servizi socio-sanitari di prossimità, affinché si possano utilizzare e/o programmare e sperimentare metodi e strumenti innovativi, anche in co-progettazione con gli Enti del Terzo settore, con dispositivi ed interventi omogenei ed efficaci nelle attività di informazione, accoglienza, ascolto e nell'accompagnamento delle famiglie nella loro crescita educativa e nel sostegno alla genitorialità vulnerabile, ai nuclei affidatari ed adottivi.

2

Il potenziamento dei Servizi sociali

La Legge 178/2020 all'articolo 1, comma 797 e ss. ha introdotto un livello essenziale delle prestazioni di assistenza sociale definito da un operatore ogni 5.000 abitanti e un ulteriore obiettivo di servizio definito da un operatore ogni 4.000 abitanti.

In quest'ottica, ai fini di potenziare il sistema dei Servizi sociali comunali, ha previsto l'erogazione di un contributo economico a favore degli ATS in ragione del numero di Assistenti sociali impiegati in proporzione alla popolazione residente:

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

Entro il 28 febbraio di ogni anno, ciascun ATS, anche per conto dei Comuni appartenenti allo stesso, deve inviare al Ministero del lavoro e delle politiche sociali un prospetto riassuntivo che indichi, per il complesso dell'Ambito e

per ciascun Comune, con riferimento all'anno precedente e alle previsioni per l'anno corrente:

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

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

- Comune, Unione di Comuni (art. 32 D. Lgs. 267/2000), Comunità Montana (artt. 27-28-29 del D. Lgs. 267/2000);
- Azienda Speciale ovvero Azienda Servizi alla Persona, ai sensi dell'art. 114 del D. Lgs. 267/2000 (Ente strumentale del Comune);
- Istituzione ai sensi dell'art. 114 del D. Lgs. 267/2000 (organismo strumentale del Comune);
- Comune capofila, in caso di convenzione (art. 30 del D. Lgs. 267/2000);
- Consorzi per la gestione di servizi socioassistenziali e sociosanitari (art. 31 D. Lgs. 267/2000);

Società della Salute (riconducibile all'art. 31 D. Lgs. 267/2000);

- Azienda Speciale Consortile Servizi alla Persona, art. 31 e 114 del D. Lgs. 267/2000;

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

Con riferimento al caso delle Società della Salute della Regione Toscana, nel computo vengono presi in considerazione unicamente gli Assistenti sociali impiegati nella attività di assistenza sociale della zona-distretto i cui costi gravino, direttamente o indirettamente, sui bilanci dei Comuni facenti parte dell'ATS di riferimento.

Possono pertanto essere computati nel calcolo:

- gli Assistenti sociali assunti direttamente e a tempo indeterminato dal Consorzio Società della Salute (SdS) per l'esercizio delle funzioni sociali delegate dai Comuni soci (e pertanto, di norma, con oneri contabilizzati tra i costi di parte sociale del Bilancio consortile);
- gli Assistenti sociali comandati al Consorzio SdS dai Comuni o dall'Ausl, con onere a carico della stessa SdS contabilizzati tra i costi di parte sociale del Bilancio consortile;
- gli Assistenti sociali assegnati funzionalmente al Consorzio SdS, i cui oneri stipendiali siano rimborsati ai Comuni o valorizzati nelle quote associative degli stessi Comuni soci (ricavi di parte sociale del Bilancio consortile);
- gli Assistenti sociali dipendenti dai Comuni soci eventualmente impiegati nei Servizi sociali della zona-distretto (di norma coincidente con l'ambito), pur in assenza di comando o assegnazione funzionale al Consorzio SdS.

Di contro, non potranno in alcun caso essere computati nel calcolo gli Assistenti sociali dipendenti dall'Ausl comandati, assegnati funzionalmente alla SdS o comunque impiegati dalla Zona-Distretto della Ausl per l'esercizio delle funzioni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria e ad alta integrazione sanitaria di competenza del Servizio Sanitario Regionale delegate alla stessa zona-Distretto, e pertanto con oneri necessariamente a carico del Bilancio Aziendale.

2.1. Da un LEP di dotazione a un possibile LEP di processo

Il contributo ministeriale per il potenziamento dei Servizi sociali – destinato al raggiungimento dello standard, definito come LEP, di un Assistente sociale ogni 5.000 abitanti e di un ulteriore obiettivo di servizio di 1:4.000 – rappresenta una importante misura volta a dare risposta a uno dei *vulnus* non secondari di questa funzione, ovvero la sotto dotazione di personale Assistente sociale che opera nella programmazione, organizzazione o realizzazione dei servizi socioassistenziali.

Aldilà dell'indubbio elemento di valore dato dal potenziamento quantitativo dei Servizi, anche in questo caso – come rilevato per il SIOSS – è possibile evidenziare alcune questioni più di tipo processuale che accompagnano il raggiungimento di questo standard.

Il finanziamento ha natura strutturale e non riguarda solo le nuove assunzioni. Dunque, ciascun Ambito ha diritto al contributo per i relativi Assistenti sociali fintantoché il numero di Assistenti sociali in proporzione ai residenti si manterrà sopra le soglie previste dalla normativa. Pertanto, i contributi pubblici sono relativi anche al personale già assunto, laddove eccedente le soglie previste. È altresì vero che, per accedere ai contributi, l'ATS deve comunque già garantire un rapporto Assistenti sociali/popolazione di 1:6.500. La programmazione dei fabbisogni di personale funzionali al raggiungimento del LEP-obiettivo di servizio chiama perciò in causa la governance integrata di Ambito, visto che lo standard viene calcolato non sui singoli Comuni, ma sull'intero ATS. Un ulteriore elemento, questo, che guida i territori a ragionare non più in ottica mono-comunale, ma sempre più sul [...] livello ottimale per valutare i bisogni sanitari e sociali delle comunità e per organizzare ed erogare i servizi delle reti territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate

(LR 40/2005, art. 64 co.1), ovvero – per la Toscana – l'ATS, i cui confini corrispondono perfettamente a quelli della Zona distretto.

Definito il LEP di dotazione, appare poi condivisibile lavorare sulla parte processuale, ovvero la definizione dei processi assistenziali a cui si riferiscono sia la parte professionale che l'insieme del Servizio sociale territoriale, anch'essa potenzialmente meritevole di riconoscimento di livello essenziale delle prestazioni sociali. De Conno e Caiolfa¹¹ richiamano a tale proposito il parallelismo con il LEP di processo costituito per il Reddito di cittadinanza (processo di presa in carico e valutazione), che potrebbe essere allargato all'intero sistema dei Servizi sociali, con anche la definizione di equipe multiprofessionali pensate e costruite non in ottica categoriale, ma per l'intero panorama – complesso e complicato – di interventi sociali. Di più, se la complessità dei bisogni e degli interventi è stata ormai assunta come dato incontrovertibile di realtà, occorre allora ragionare anche nella direzione di equipe che trascendano l'appartenenza del singolo Ente-datore di lavoro (anche con geometrie variabili a seconda delle casistiche, con il coinvolgimento di referenti delle politiche abitative, della scuola, del lavoro, ..., secondo l'approccio dei determinanti di salute) considerato che spesso le risposte rappresentano la somma sinergica di più ruoli e competenze, e che guardino all'integrazione socio-sanitaria come uno dei setting di intervento su cui investire maggiormente, stante la lettura dei bisogni di salute odierni.

2.2. Gli Assistenti sociali: numeri complessivi ed effetti del potenziamento

Il numero complessivo di Assistenti sociali desumibile dalla banca dati Professioni del SIOSS (ovvero, lo ricordiamo, dipendenti degli enti titolari della funzione socio-assistenziale, delle Ausl e del Terzo settore coinvolto nella realizzazione di interventi e servizi) al 2022 è di 1.298 persone. Il trend triennale (Tabella 2.2. e Figura 2.1.) mette bene in evidenza, oltre alla crescita numerica già accennata in precedenza, alcune caratteristiche che testimoniano il perseguimento di una maggiore strutturazione e solidità del sistema:

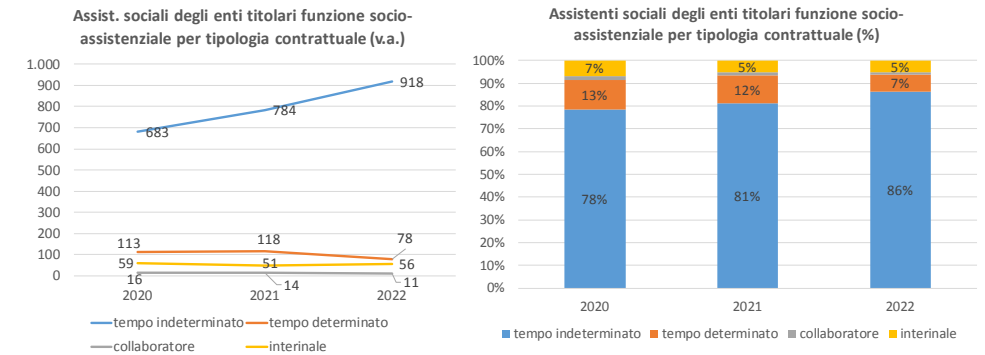
¹¹ De Conno A., Caiolfa M. (2021), Uno a cinquemila, Welforum: <https://www.welforum.it/uno-a-cinquemila/>

- L'aumento del personale a tempo indeterminato (dal 78% del 2020 all'86% del 2022) e il contemporaneo calo di quello a tempo determinato (dal 13% al 7%), del ricorso al lavoro interinale (dal 7% al 5%) e alle collaborazioni (con valori residuali ma comunque dal 2% al 1%);
- l'incremento della fascia giovanile under 35 (che rappresenta oggi il 25% del totale contro il 20% del 2020);
- la diminuzione del personale direttivo/quadro (dal 19% all'8%) e del personale esternalizzato (dal 28 al 22%).

TABELLA 2.2. - ASSISTENTI SOCIALI - CARATTERISTICHE E TIPOLOGIE - TOSCANA, ANNI 2020-2022 - FONTE: SIOSS-BANCA DATI PROFESSIONI

	valori assoluti			valori %		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022
Totale assistenti sociali	1.156	1.306	1.298			
<i>di cui femmine</i>	1.087	1.196	1.219	94%	92%	94%
<i>di cui minori di 35 anni</i>	232	302	337	20%	23%	26%
<i>di cui personale direttivo o quadro</i>	219	118	99	19%	9%	8%
<i>di cui personale esternalizzato*</i>	328	362	287	28%	28%	22%
Assistenti sociali degli enti titolari funzione socio-assistenziale	871	967	1.063			
<i>di cui a tempo indeterminato</i>	683	784	918	78%	81%	86%
<i>di cui a tempo determinato</i>	113	118	78	13%	12%	7%
<i>di cui collaboratore</i>	16	14	11	2%	1%	1%
<i>di cui interinale</i>	59	51	56	7%	5%	5%

FIGURA 2.1 - ASSISTENTI SOCIALI DEGLI ENTI TITOLARI DELLA FUNZIONE SOCIO-ASSISTENZIALE PER TIPOLOGIA CONTRATTUALE (VALORI ASSOLUTI E %) - TOSCANA, ANNI 2020-2022 - FONTE: SIOSS-BANCA DATI PROFESSIONI



La dotazione media regionale di Assistenti sociali è di 1:2.813 ed il miglioramento rispetto al 2020 (1:3.195) è sensibile (e riguarda tutti gli ATS). Come si è già avuto modo di precisare, questo indicatore non si riferisce alla misura presa a riferimento per il livello essenziale di cui alla legge 178/2020 (1:5.000 e 1:4.000 residenti), che sarà analizzata di seguito, ma risulta comunque interessante analizzarlo e valutarlo poiché rappresenta la dotazione complessiva (quella degli enti gestori e di tutti gli altri soggetti che partecipano alla costruzione del sistema di welfare locale) della professione all'interno del sistema dei Servizi sociali.

La misurazione del livello essenziale di dotazione di Assistenti sociali è però ricavabile dalla sezione del SIOSS riferita agli Assistenti sociali dipendenti a tempo indeterminato degli enti titolari della funzione socio-assistenziale. Analizzando i 28 prospetti relativi ai dati dell'anno 2022 che gli ATS toscani hanno finalizzato all'interno di SIOSS, si ha in ritorno un dato, calcolato come tempo pieno equivalente, di 703,52¹² Assistenti sociali. Anche in questo caso la serie storica (Tabella 2.3.) mostra il netto miglioramento derivante dalle politiche di potenziamento del servizio:

- il numero di Assistenti sociali è passato da 546,11 a 703,52 tempi pieni equivalenti ed è cresciuto in tutti gli ATS;
- la dotazione di Assistenti sociali è passata da 1:6.717 a 1:5.226 residenti.

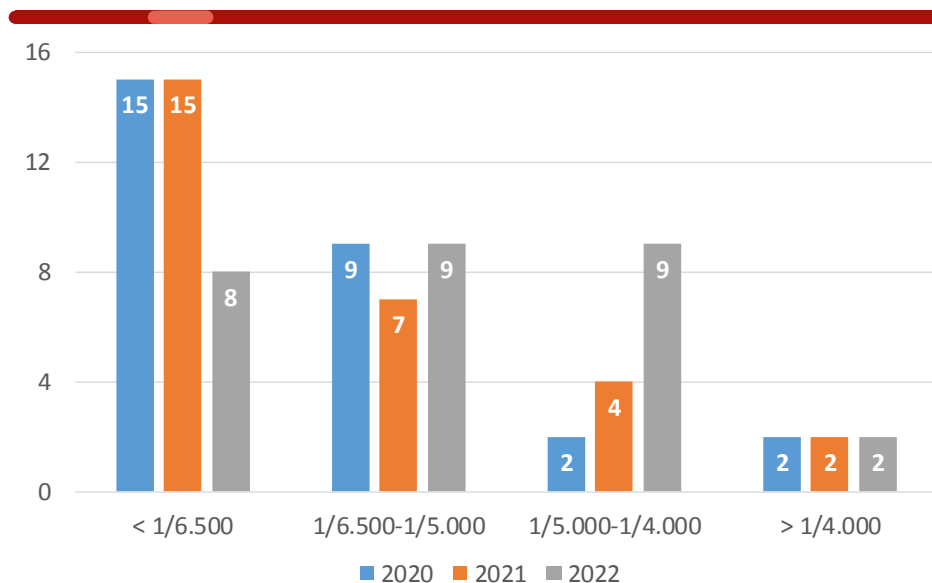
¹² Come già accennato, i decimali risultano dal fatto che nel calcolo del personale si utilizza l'unità di misura del full time equivalente, che tiene conto delle quote di giornate lavorate nel corso dell'anno (ad esempio, una persona assunta il 30 giugno viene conteggiata 0,5 perché di fatto lavora per metà anno).

TABELLA 2.3 - CONSUNTIVO ASSISTENTI SOCIALI - N. ASSISTENTI SOCIALI (TEMPO PIENO EQUIVALENTE) DIPENDENTI A TEMPO INDETERMINATO DEGLI ENTI TITOLARI FUNZIONE SOCIO-ASSISTENZIALE E POPOLAZIONE/ASSISTENTI SOCIALI - TOSCANA, ANNI 2020-2022 - FONTE: SIOSS-BANCA DATI ASSISTENTI SOCIALI A TEMPO INDETERMINATO

Misura	Anno	Valore
N. Assistenti sociali (tempo pieno equivalente)	2020	546,11
	2021	568,02
	2022	703,52
Popolazione/ Assistenti sociali	2020	6.717
	2021	6.472
	2022	5.226

Il consuntivo 2022 ci dice inoltre che 11 ATS su 28 (il 39%) hanno raggiunto il livello essenziale di 1/5.000, di cui 2 anche quello di 1:4.000, e che i restanti 17 (61%) devono ancora raggiungere il primo obiettivo. Noto, comunque, la progressione che si registra nell'avvicinamento agli obiettivi del Lep (Figura 1.2.): nel 2020 gli ATS con un rapporto superiore a 1:6.500 erano 15, oggi sono 8, quelle tra 1:5.000 e 1:4.000 erano 2 e oggi sono 9, mentre sono rimaste invariate per le altre due soglie.

FIGURA 1.2. - SITUAZIONE DEGLI ATS TOSCANI PER LE SOGLIE PREVISTE DALLA LEGGE 178/2020 - TOSCANA, ANNI 2020-2022 - FONTE: SIOSS- ASSISTENTI SOCIALI A TEMPO INDETERMINATO



3

Il Sistema Emergenza Urgenza Sociale in Toscana

3.1. Il Pronto Intervento sociale a livello nazionale

Il D.Lgs. 147/2017 “Disposizione per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà” - che riorganizza le prestazioni assistenziali finalizzate al contrasto alla povertà, rafforzando il coordinamento degli interventi in materia di Servizi sociali per garantire i livelli essenziali delle prestazioni in tutto il territorio nazionale - all'art. 7 indica il Pronto Intervento sociale (PIS) tra i servizi attivabili tramite l'impiego di una quota del Fondo nazionale per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale.

Il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS) è un fondo destinato alle Regioni per lo sviluppo della rete integrata di interventi e Servizi sociali, come previsto dalla Legge 328/2000. Le risorse attribuite finanziano interventi rivolti a minori e famiglie, anziani, disabili persone in stato di povertà, adulti con disagio mentale e dipendenze tra cui - nell'area Misure per il sostegno e l'inclusione sociale - quelli per il pronto intervento sociale.

Il PIS è un servizio che può avere riflessi trasversali a tutta l'offerta di Servizi sociali e per il quale, nella pratica corrente dei territori, non risulta generalmente possibile distinguere uno specifico dell'area povertà; tuttavia, il secondo Piano per gli interventi e i Servizi sociali di contrasto alla povertà

(2021-2023)¹³ – dando attuazione alla L. 328/2000 che cita il “servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari” - predispone una scheda tecnica con i contenuti principali del servizio ed individua il PIS tra i livelli essenziali delle prestazioni sociali che le norme regionali, secondo i modelli organizzativi adottati, devono prevedere per ogni ambito territoriale. Il Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale riserva risorse specifiche al PIS sia sulla Quota servizi che sulla Quota povertà estrema¹⁴.

In Toscana già a partire dal 2017 è stato avviato un percorso di sperimentazione di un Servizio di secondo livello di Emergenza-Urgenza Sociale, consolidato poi con la D.G.R. 838 del 25/06/2019 che approva un documento che rappresenta un modello organizzativo e un impianto di riferimento su cui basare lo sviluppo del Servizio regionale per le emergenze e le urgenze sociali (SEUS). Le caratteristiche del sistema rispondono già a quanto previsto dalla scheda tecnica LEPS predisposta dal Ministero.

3.2. Il SEUS regionale della Toscana

Attualmente SEUS è attivo in sperimentazione interna o effettiva negli Ambiti Empolese-Valdarno-Valdelsa, Valdinievole, Fiorentina nord ovest, Fiorentina sud est, Pistoiese, Pratese, Mugello, Senese, Bassa Val di Cecina Val di Cornia, Colline dell'Albegna, Amiata Val d'Orcia Valdichiana Senese, Amiata grossetana Colline metallifere Grossetana, Alta Val di Cecina Valdera, Alta Val d'Elsa, Livornese e Pisana ed in estensione tra 2023 e 2024 a Piana di Lucca, Versilia ed Aretina.

Gli Assistenti sociali e gli operatori delle Zone seguono seminari formativi necessari per l'acquisizione delle competenze di base, che prevedono due percorsi: uno relativo alla preparazione tecnico-professionale e organizzativa guidata e monitorata dal Coordinamento tecnico-scientifico di livello regionale; l'altro relativo alla formazione professionale specifica al fine di costruire

¹³ Approvato il 28/07/21 dalla Rete della protezione e dell'inclusione sociale nell'ambito del nuovo Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi sociali.

¹⁴ Istituito presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali con la Legge di Stabilità 2016 - L. n. 208, art. 1 c. 386 del 28/12/2015, dal 2019 è stato finalizzato al solo finanziamento degli interventi previsti dal Piano nazionale per il contrasto alla povertà.

i necessari percorsi e le opportune procedure, in collaborazione con ANCI Toscana e l'Ordine degli Assistenti sociali della Toscana.

Con l'allargamento progressivo del SEUS, l'obiettivo è quello di arrivare a coprire l'intero territorio regionale anche in relazione a quanto previsto a livello nazionale con l'elaborazione degli standard di servizio e le risorse dedicate al pronto intervento sociale.

3.2.1. Modalità di lavoro

Il SEUS è un sistema-servizio di secondo livello, a titolarità pubblica, parte integrante nel sistema di offerta pubblica di Servizi sociali volto a garantire una risposta tempestiva alle persone in situazioni di particolare gravità ed emergenza, realizzare una prima lettura del bisogno, attivare gli interventi indifferibili ed urgenti e favorire la presa in carico in una logica di lavoro di equipe interdisciplinare.

Il servizio viene attivato tramite numero verde unico regionale, dedicato e gratuito, attraverso segnalazioni di soggetti pubblici e/o altri soggetti/agenzie di un territorio che si trovino di fronte ad una situazione di emergenza urgenza sociale.

È stata costituita un'unica Centrale Operativa del servizio dedicato e specifico per l'emergenza urgenza sociale, attiva 24 ore al giorno per 365 giorni l'anno, che svolge funzioni di coordinamento e gestione degli interventi e che rappresenta il punto di coordinamento e di indirizzo professionale-operativo di Servizio sociale, indirizzando il lavoro delle Unità Territoriali costituite a livello di ciascuna Zona distretto (le quali svolgono operativamente l'intervento di emergenza urgenza in loco sulla base delle indicazioni professionali-operative).

Come è noto, la gestione della Centrale operativa è affidata ad un soggetto gestore esterno; la precedente gestione si è conclusa nel 2022 e la nuova gara per l'assegnazione è stata aggiudicata ad un sodalizio costituito da PRO-GES (cooperativa sociale leader a livello nazionale nell'ambito dei servizi alla persona) e dal Consorzio Opere di Misericordia (che affianca le Misericordie nella progettazione, sviluppo e realizzazione di interventi innovativi).

Con la nuova gestione – che ha preso avvio il 1 febbraio 2023 - il servizio può quindi avvalersi delle sedi delle Misericordie, che sono il luogo fisico dove risiedono le Unità territoriali di Emergenza Urgenza composte da un Assistente sociale e da altre figure professionali. Le Unità hanno anche a disposizione automezzi dedicati per l'effettuazione degli interventi.

Gli Assistenti sociali quindi non dovranno più partire dalla propria abitazione con la propria auto ma avranno una sede fisica per la reperibilità, un mezzo per raggiungere il luogo dell'intervento ed inoltre non effettueranno più da sole il servizio.

A partire da luglio 2023 è stata avviata la completa informatizzazione della rilevazione delle informazioni, che renderà più agevole il monitoraggio dell'andamento delle attività e l'analisi dei dati. Un altro cambiamento importante, quindi, verso una maggiore strutturazione del servizio stesso.

3.3. Il Pronto Intervento sociale in Italia: verso una rete nazionale

Il percorso verso la sempre più ampia implementazione di servizi di Pronto Intervento Sociale ha condotto all'avvio di una serie di interlocuzioni tra alcune amministrazioni che stanno già sperimentando o sono in procinto di avviare sul proprio territorio il PIS (nello specifico quelle di Toscana, Venezia, Bologna, Cremona, Perugia, Roma, Napoli e Bari). Un primo esito di questo raccordo e di questa collaborazione è stato un primo evento di carattere nazionale sul tema dei modelli organizzativi di PIS in Italia che si è tenuto a Firenze il 5 maggio 2022 ed alla successiva strutturazione, a luglio 2022, di una piattaforma di Comunità di pratica online per agevolare la circolazione di informazioni tra i PIS.

In questo percorso, infine, è stato costituito anche un Gruppo di Lavoro PIS permanente, a livello nazionale, fra i PIS delle Amministrazioni che avevano partecipato al Convegno di Firenze e aperto ad altre realtà italiane che stanno sperimentando questo livello essenziale, per lo scambio di esperienze, la condivisione di problemi e soluzioni e l'elaborazione di documenti condivisi.

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

Si è posta infatti la necessità non solo di fare il punto su ruoli e funzioni che questo servizio, come livello essenziale, assume e può assumere nelle politiche di welfare locali, ma anche di avviare una riflessione sulla costituzione di una Rete Nazionale che sia capace di connettere esperienze già mature ed esperienze che stanno crescendo, per consentire di consolidare il processo di innovazione in corso. La valorizzazione della storia e delle peculiarità che caratterizzano i vari modelli che lo attivano va coniugata con l'efficacia, l'adeguatezza e l'ampiezza dei servizi di pronto intervento sociale che si realizzano.

Il Gruppo di Lavoro permanente PIS ha voluto evidenziare, rispetto alle proprie esperienze nei diversi territori nazionali, caratteristiche e criteri ritenuti fondamentali affinché un Pronto Intervento Sociale possa rispondere in modo efficace ed efficiente agli obiettivi individuati ed elencati all'interno del Piano Nazionale degli interventi e dei Servizi sociali 2021-2023.

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

Inoltre, la condivisione tra i vari PIS ha permesso l'individuazione e l'emersione di criticità operative che potrebbero diventare opportunità di approfondimento e di formazioni future.

In sintesi, questi sono i punti di miglioramento evidenziati:

- Necessità di definire congiuntamente tra i soggetti coinvolti a vario titolo (sia relativamente alla distinzione area/ambito sanitaria/o, sociale e ordine pubblico, che relativamente alla distinzione fase urgenza/emergenza-fase

di presa in carico) i parametri/linguaggi/giurisdizione, condivisi, in reciproca legittimazione e riconoscimento tra le parti, da cui si possano desumere gli elementi di specifica competenza (ruoli, funzioni, risorse, filiere di intervento/prassi/iter), in ottica integrata.

- Necessità di definire protocolli operativi e progettualità sperimentali fra ambiti di competenza sociali e ambiti di competenza sanitari.
- Necessità di attivare risorse adeguate, complementari, rispondenti ed efficaci rispetto al contesto degli interventi in emergenza/urgenza.
- Promozione del Servizio di Pronto Intervento Sociale all'interno dei Servizi sociali stessi affinché vi sia una corretta lettura e comunicazione, da parte di questi ultimi, delle segnalazioni emergenziali ed urgenti per una presa in carico in emergenza e urgenza.
- Prevenzione dell'insorgenza delle emergenze, promuovendo azioni che sulla base di una sintesi condivisa rispetto alla mappatura delle situazioni, producano ipotesi/piste di intervento che rendano virtuose le progettualità praticabili.
- Necessità di promuovere azioni informative di sensibilizzazione rivolte alla comunità ed azioni di formazione specifiche, continue, permanenti e trasversali a livello nazionale, rivolte agli amministratori, ai Servizi sociali (inclusi gli amministrativi) e agli operatori.

3.4. Sviluppi internazionali

A partire dallo scorso anno, attraverso incontri online, sono stati allacciati rapporti con il servizio di emergenza urgenza sociale di Barcellona (Centre d'Urgències i Emergències Socials de Barcelona – CUESB) attivo già dal 1975 nell'Area metropolitana e per le emergenze anche fuori area. Si tratta quindi di un territorio vasto, di più di 3 milioni di abitanti.

È un servizio attivo 24 ore al giorno per 365 giorni l'anno per interventi rivolti a persone e famiglie in caso di urgenza o alto rischio sociale (perdita della casa, perdita di autonomia funzionale, povertà alimentare, abbandono di minori, maltrattamenti ecc.) oppure per emergenze sociali in caso di incendi, inondazioni, terremoti; emergenza freddo; ondate di calore; emergenze di massa; violenza sulle donne.

A differenza di SEUS, esiste una distinzione di accesso tra interventi in caso di urgenza sociale - per la quale la chiamata è diretta da parte della vittima, di familiari o di terzi - ed emergenza sociale - per la quale l'attivazione avviene su chiamata da parte di protezione civile, forze dell'ordine, 112 ecc.

In caso di urgenza sociale il CUESB dispone di unità di prima accoglienza, unità di risposta immediata, unità di assistenza domiciliare, supporto logistico (per trasportare le persone). In caso di emergenza sociale di unità básica, unità di supporto, centrale operativa e supporto tecnico.

L'unità di accoglienza e prima accoglienza di tutte le richieste di attenzione, da parte di cittadini e/o professionisti, che pervengono al CUESB con qualsiasi mezzo è composta da un Assistente sociale o Psicologo e da un tecnico con qualifica professionale di categoria.

La squadra d'azione minima che risponde a un'emergenza sociale è la squadra che si muove in prima istanza per occuparsi di una situazione di emergenza. Deve essere composta da almeno tre Assistenti sociali, tre psicologi e due unità di personale qualificato.

I professionisti del CUESB sono già dotati di una formazione di base. La maggior parte di essi sono Tecnici Professionisti (Psicologia/Assistenza Sociale) e Tecnici Qualificati (Integratore Sociale). Esiste comunque un piano di formazione continua offerta sia a chi fa già parte della squadra, sia a chi chiede di farne parte. Il CUESB dispone anche di strutture proprie quali due appartamenti per urgenze sociali, un centro d'accoglienza per emergenze freddo e 100 posti per persone che non possono rientrare a domicilio.

Come si vede da questa breve descrizione, tra SEUS e CUESB ci sono differenze e punti in comune che sarà interessante approfondire anche per un reciproco scambio di esperienze.

A questo proposito, nel 2023 la ASL Toscana Centro in collaborazione con Società della Salute (SdS), ambiti del territorio della ASL Toscana Centro e Regione Toscana ha ottenuto un finanziamento europeo tramite un progetto (ProMIS), che prevede momenti di confronto tra SEUS e CUESB in tavoli di lavoro allargati, visita alle strutture e partecipazione a riunioni di organismi già strutturati.

Tra ottobre e novembre 2023 una delegazione di Barcellona verrà in visita in Toscana per discutere le attività progettuali.

3.5. Alcuni dati

La AUSL Toscana Centro fino al 2022 ha alimentato un apposito database con i dati forniti dal soggetto gestore della Centrale Operativa che raccoglie le schede di segnalazione e di intervento.

Si tratta di elaborazioni di base (l'impiego dell'apposito software per la raccolta sistematica delle informazioni predisposto dal nuovo soggetto gestore è stato avviato il 1 luglio 2023), ma costituiscono una fonte utile a capire gli scenari in cui il servizio opera e delineare possibili punti di miglioramento.

I dati disponibili riguardano l'arco temporale 2018-2022 ma solo per gli ultimi tre anni si dispone di informazioni più dettagliate e maggiormente strutturate, dovute ad un miglioramento delle schede utilizzate per la rilevazione.

I dati generali (tabella 3.1) mostrano che nel triennio la zona che registra una maggior numero di schede è l'Empolese (è l'ambito in cui è iniziata la sperimentazione SEUS e pertanto quello dove il servizio è attivo da più tempo). Si nota un aumento rilevante tra 2021 e 2022 delle schede in Bassa Val di Cecina Val di Cornia, che è tra l'altro la Zona che fa registrare il più alto numero di schede ogni 10.000 abitanti negli ultimi due anni; segue l'area Pratese, al terzo posto per numerosità di interventi in tutto il triennio.

Per quanto riguarda minori non accompagnati e persone senza dimora, si nota una costante crescita delle schede nel triennio. La crisi post pandemica e la guerra in Ucraina hanno fatto aumentare le emergenze sociali riferite a questi soggetti, che necessitano tra l'altro l'attivazione di interventi specifici.

TABELLA 3.1 – TOTALI SCHEDE SEUS PER ZONA (2020-2022)

Zona di Residenza	2020			2021			2022		
	TOTALE SCHEDE SEUS	%	TOTALE SCHEDE SEUS X OGNI 10000 RESIDENTI	TOTALE SCHEDE SEUS	%	TOTALE SCHEDE SEUS X OGNI 10000 RESIDENTI	TOTALE SCHEDE SEUS	%	TOTALE SCHEDE SEUS X OGNI 10000 RESIDENTI
Alta Val D'elsa*	-	-	-	-	-	-	13	0,9%	2,1
Alta Val Di Cecina Valdera*	-	-	-	-	-	-	53	3,8%	3,8
Empolese Valdarno Valdelsa	240	28,9%	10	234	17,8%	9,7	193	13,8%	8
Fiorentina Nord Ovest	77	9,3%	3,7	91	6,9%	4,3	82	5,9%	4
Fiorentina Sud Est	50	6,0%	2,7	73	5,6%	4	65	4,7%	3,6
Mugello	9	1,1%	1,4	47	3,6%	7,4	32	2,3%	5,1
Pistoiese	74	8,9%	4,3	101	7,7%	5,9	85	6,1%	5
Pratese	97	11,7%	3,8	125	9,5%	4,7	121	8,7%	4,7
Senese	14	1,7%	1,1	45	3,4%	3,6	29	2,1%	2,3
Valdinievole	69	8,3%	5,8	112	8,5%	9,4	77	5,5%	6,5
Bassa Val di Cecina Val di Cornia	15	1,8%	1,1	202	15,4%	14,9	153	11,0%	11,4
Fuori Zona**	75	9,0%		121	9,2%		121	8,7%	
Sconosciuto	31	3,7%		20	1,5%		56	4,0%	
Minori Stranieri Non Accompagnati	47	5,7%		79	6,0%		179	12,8%	
Senza Dimora	32	3,9%		65	4,9%		137	9,8%	
Totale	830	100%		1315	100%		1396	100%	

* sperimentazione avviata nel 2022

** aree al di fuori di quelle in sperimentazione SEUS

3.6. Il lavoro dell'Assistente sociale in emergenza urgenza

Dopo aver delineato il quadro nazionale e l'attuazione del servizio in Toscana dal punto di vista delle strutture organizzative, sembra opportuno aprire un ragionamento anche dal punto di vista del personale impegnato, in particolare sugli Assistenti sociali.

La prima questione importante quando si parla di emergenza urgenza sociale è quella di definire questo ambito particolare: il campo delle emergenze personali e familiari. È un'area specifica di lavoro del Servizio sociale, anzi di quell'approccio specifico e specialistico del Servizio sociale chiamato Servizio sociale d'urgenza (Mirri, 2022).

La prima cosa di cui ha bisogno l'Assistente sociale per poter agire in maniera appropriata ed efficace è saper riconoscere con precisione una scena emergenziale e avere, poi, gli strumenti professionali adeguati per affrontarla. Per fare questo, però, deve operare una chiara differenziazione tra quelle situazioni che, per quanto complesse, richiedono anche interventi solleciti ma comunque programmabili, e le emergenze personali e familiari che richiedono invece un intervento immediato e tempestivo, non differibile.

In generale, le caratteristiche delle emergenze personali e familiari possono essere così sintetizzate: complessità, gravità, dolore, rottura e frattura, improcrastinabilità, imprevedibilità, effetto sorpresa, rapidità, preparazione e competenza, quotidianità e processualità, vulnerabilità, opportunità, prevenzione (Mirri, 2022).

Tuttavia questa chiara identificazione di un ambito specifico e specialistico del Servizio sociale dell'emergenza urgenza sociale non ha ancora trovato pieno riconoscimento, e quindi, la situazione attuale, largamente diffusa ancora nei Servizi sociali, è quella in cui l'Assistente sociale si deve dividere fra impegni ordinari e improvvise emergenze, svolgendo contemporaneamente e indistintamente sia il lavoro ordinario che quello di emergenza.

L'Assistente sociale d'urgenza non va considerato tanto come un professionista dell'aiuto ma del soccorso, con tutte le implicazioni disciplinari e professionali che ciò comporta. Significa agire in un contesto tempo dipendente, a contatto con il dolore acuto e con la necessità di organizzare e dare risposte immediate o comunque tempestive, su situazioni caratterizzate da gravità

che possono anche mettere a repentaglio l'incolumità psico-fisico-relazionale e sociale della persona vittima. Per tali situazioni sono necessarie velocità e attivazione h24 per portare una qualificata e preparata azione professionale, che richiede quindi un profilo professionale specifico e adeguato di Assistente sociale (Mirri, 2022).

Il professionista quindi starà nella relazione di soccorso non solo e non tanto con le modalità tipiche dell'Assistente sociale nella relazione di aiuto, ma, soprattutto, con quelle di un professionista che agisce secondo vincoli temporali, con rapidità di valutazioni e decisioni; lavora per turni, h24; gestisce un contesto incerto e soggetto a continui cambiamenti; gestisce situazioni cariche emotivamente (dolore, rabbia, paura ecc.); lavora con persone che non conosce, in un rapporto di fiducia basato sulla competenza; ha una presa in carico breve, limitata alla sola fase acuta; utilizza gli strumenti professionali secondo una logica focalizzata sull'evento scatenante la crisi; seleziona le informazioni e individua le priorità di intervento; realizza solo gli interventi mirati alla soluzione del problema, concretamente realizzabili, in una logica di "qui e ora"; ha come obiettivo la stabilizzazione della situazione e non il cambiamento; agisce per la protezione e la sicurezza della persona-vittima; conclude la presa in carico in tempi brevi, una volta finita la fase acuta ed effettua il passaggio alla presa in carico ordinaria.

Le aree di competenza che devono caratterizzare il profilo professionale dell'Assistente sociale d'urgenza possono dunque essere così sintetizzate (Mirri, 2022):

- Competenze di superficie - area delle conoscenze teoriche, delle conoscenze di contesto e area logistico-organizzativa
- Competenze profonde - atteggiamenti professionali, immagine di sé e valori.

Per questi motivi il SEUS mette al centro del sistema la formazione specifica degli Assistenti sociali, non soltanto di quelli delle Zone di nuovo ingresso nel sistema ma anche di quelli delle Zone inserite da tempo.

Questo non solo perché, come è noto, esiste un elevato turn over del personale ma anche perché c'è necessità di un continuo aggiornamento anche degli operatori formati in passato: ogni anno in collaborazione con ANCI

Toscana vengono effettuati sia dei seminari formativi di base sia degli incontri in forma laboratoriale su temi specifici emersi in corso d'anno per i quali si ritiene utile uno scambio di esperienze ed un lavoro in gruppo.

Il prossimo step sarà quello di avviare un confronto con le tre Università toscane (Firenze, Pisa, Siena) firmatarie nel 2023 con Regione Toscana, ANCI Toscana ed Ordine degli Assistenti sociali della Toscana dell'accordo di collaborazione in materia di formazione e tirocini curriculari degli studenti dei corsi di laurea in Servizio sociale nell'ambito del sistema sociosanitario territoriale.

L'accordo prevede la costituzione di un gruppo di lavoro a carattere interistituzionale denominato "Coordinamento interistituzionale per la formazione degli studenti dei corsi di laurea in Servizio sociale della Toscana", quale contesto comune di programmazione, raccordo, confronto, monitoraggio e scambio.

Tale organismo sarà un luogo privilegiato dove costruire anche percorsi specifici per la formazione universitaria degli studenti sul tema del lavoro sociale in emergenza e urgenza.

A livello nazionale, all'interno del costituendo gruppo tecnico della Rete nazionale per la protezione e l'inclusione sociale uno dei temi che saranno affrontati sarà quello della creazione di moduli formativi trasversali ai vari servizi di Pronto Intervento Sociale italiani con l'obiettivo di approfondire sia le tematiche relative alle varie tipologie di target d'intervento, sia le competenze personali e professionali utili nella gestione delle segnalazioni (life skills e strategie di problem solving) e gli aspetti tecnico-operativi.

4

Supervisione del personale dei Servizi sociali

L'obiettivo di assicurare un numero congruo di Assistenti sociali a tempo indeterminato, quantificabile in almeno un Assistente sociale ogni 5.000 abitanti, conferma la centralità del servizio pubblico nella funzione chiave di garanzia del diritto alla presa in carico, potenziamento al quale concorre in senso qualitativo quanto previsto nel PNRR Missione 5 C2, sub investimento 1.14 "Interventi per rafforzare i Servizi sociali e prevenzione burn out". La professionalità e l'equilibrio degli operatori del sociale sono infatti fondamentali per offrire un servizio di elevata qualità.

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

OBIETTIVI E FINALITÀ DELLA SUPERVISIONE PROFESSIONALE

Rafforzamento dell'identità professionale individuale
 Elaborazione dei vissuti emotivi degli Assistenti sociali e degli operatori sociali
 Ristrutturazione degli elementi relazionali e comunicativi
 Ridimensionamento della tendenza al fare e della concretezza dei bisogni sostenendo l'acquisizione e il consolidamento di capacità riflessive e autoriflessive
 Sostegno al desiderio e al bisogno di prospettive nella direzione della valorizzazione di competenze, anche di programmazione, della professione
 Dare spazio, attraverso l'esperienza di gruppo, alla riflessione condivisa
 Valorizzazione, attraverso la possibilità di raccontarsi, delle strategie adottate, delle buone pratiche messe in atto, delle capacità di problem solving utilizzate
 Orientamento dell'attività alla raccolta di dati e stimoli anche come base per future iniziative di sistematizzazione delle conoscenze e dell'esperienza di ricerca

Di fronte all'evidente rilevanza comunitaria rispetto all'appropriatezza degli interventi, il benessere del professionista rimane in egual modo centrale: uscendo da azioni e contesti quotidiani si rintracciano gli elementi "marcatori di contesto" della situazione supervisionata ovvero gli elementi critici che generano *impasse* lavorative. Lo sguardo esterno del supervisore e dei colleghi offre strumenti per interpretare ed intervenire sui fenomeni sociali che provocano sofferenza e/o disagio sia nelle persone e nelle comunità che *burnout* per gli stessi operatori valorizzando al contempo le competenze professionali degli individui coinvolti. In questo senso, la supervisione può rispondere a necessità "preventive" e "riparative" (Burgalassi e Tilli, 2018).

La supervisione degli Assistenti sociali trova collocazione, come importante riferimento normativo, in alcuni articoli del Codice Deontologico dell'Assistente sociale¹⁵ e, come anticipato, nel Piano Nazionale degli interventi e dei Servizi sociali 2021 - 2023 che ne definisce le funzioni: "Compito fondamentale della supervisione è sostenere l'operatore sociale nell'elaborazione teorica, nel collegamento teoria-prassi, nell'identità professionale, nella rielaborazione dell'esperienza professionale, nella capacità di lavorare in gruppo, nella capacità di controllare i propri sentimenti per fare un uso di sé finalizzato alla professione, sul piano organizzativo istituzionale, ovvero nella capacità di incidere sulle decisioni e di negoziare con l'organizzazione di appartenenza, sul piano tecnico-metodologico."¹⁶ sottolineando come questa si configuri da un lato come obbligo per il datore di lavoro e dall'altro come diritto-dovere del professionista (p. 57).

Il LEPS Supervisione prevede inoltre: la supervisione individuale e di gruppo degli Assistenti sociali, la supervisione organizzativa di équipe multiprofessionali e la supervisione mono professionale di altre figure professionali operanti negli ambiti (nello specifico educatori professionali e psicologi). La supervisione deve essere realizzata da personale in possesso di requisiti specifici.

¹⁵ art. 16. L'Assistente sociale ricerca la collaborazione di altri colleghi o altri professionisti e percorsi di supervisione professionale ogni volta che lo valuti opportuno; art. 24. L'Assistente sociale è tenuto alla propria formazione continua al fine di garantire prestazioni qualificate, adeguate al progresso teorico, scientifico, culturale, metodologico e tecnologico. A tal fine, contribuisce alla ricerca, alla divulgazione della propria esperienza, anche fornendo elementi per la definizione di evidenze scientifiche. Il professionista si adopera, inoltre, affinché si sviluppi la cultura della supervisione professionale; art. 55. Il professionista che riveste ruoli dirigenziali, apicali o di coordinamento riferiti ad altri Assistenti sociali, nei limiti delle proprie attribuzioni e dell'organizzazione di lavoro, opera per: (...) c) favorire le condizioni organizzative per l'applicazione delle norme deontologiche, per la formazione continua e per lo sviluppo di percorsi di supervisione professionale; (...)" <https://cnoas.org/wp-content/uploads/2020/03/Il-nuovo-codice-deontologico-dellassistente-sociale.pdf>

¹⁶ Piano Nazionale degli interventi e dei Servizi sociali 2021 - 2023, p. 54, <https://www.lavoro.gov.it/priorita/Documents/Piano-Nazionale-degli-Interventi-e-dei-Servizi-Sociali-2021-2023.pdf>

IL SUPERVISORE

Il supervisore appartiene alla stessa professione del gruppo di supervisionati, per cui, la supervisione di gruppo mono professionale richiederà che il supervisore sia un Assistente sociale; la supervisione individuale richiederà che il supervisore sia un Assistente sociale; la supervisione organizzativa di équipe interprofessionale richiederà che il supervisore sia Assistente sociale, o psicologo, o educatore professionale, o altro, a seconda delle tipologie di professioni coinvolte nel gruppo supervisionato.

I requisiti specifici del supervisore Assistente sociale sono:

- Titolo di studio richiesto per l'iscrizione all'Albo degli Assistenti sociali.
- Regolare iscrizione all'Albo degli Assistenti sociali
- Essere in possesso di tutti i requisiti di legge per l'esercizio della professione, con particolare riferimento agli adempimenti previsti dal D.P.R. 137/2012.
- Aver maturato una comprovata esperienza nel lavoro sociale ed un'adeguata esperienza nella supervisione di Assistenti sociali

4.1. Progetti in corso per il LEPS Supervisione in Toscana

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

Per conseguire tale obiettivo, oltre ad una quota riservata sul Fondo Politiche Nazionali, è stata attivata una specifica linea progettuale nel PNRR che in Toscana ha un valore annuale del Progetto di 70.000,00 euro, una durata di 3 anni (valore complessivo: 210.000,00) e prevede n. 13 progetti finanziati che vedono il coinvolgimento di 23 ATS su 28.

TABELLA 4.1 – ATS COINVOLTI NEI PROGETTI DI SUPERVISIONE DEL PERSONALE DEI SERVIZI SOCIALI

PR	ATS	stato	ATS associate
1	Aretina	titolare PNRR	
2	Piana Di Lucca	titolare PNRR	
3	Lunigiana	titolare PNRR	
4	Alta Val Di Cecina-Valdera	titolare PNRR	Pisana
	Pisana	associata con Val di Cecina Valdera	
5	Alta Val D'Elsa	titolare PNRR	Amiata Grossetana-Colline Metallifere-Grossetana, Amiata Senese E Val D'Orcia-Valdichiana Senese, Colline Dell'Albegna, Senese
	Amiata Grossetana-Colline Metallifere-Grossetana	associata con Alta Vald'Elsa	
	Amiata Senese E Val D'Orcia-Valdichiana Senese	associata con Alta Vald'Elsa	
	Colline Dell'Albegna	associata con Alta Vald'Elsa	
	Senese	associata con Alta Vald'Elsa	
6	Fiorentina Nord Ovest	titolare PNRR	Empolese-Valdarno Inferiore
	Empolese-Valdarno Inferiore	associata con Fiorentina Nord Ovest	
7	Livornese	titolare PNRR	
8	Terranuova Bracciolini (Valdarno)	titolare PNRR	Casentino, Valdarno, Valtiberina
	Casentino	associata con Valdarno	
	Valtiberina	associata con Valdarno	
9	Bassa Val Di Cecina-Val Di Cornia	titolare PNRR	
10	Val Di Nievole	titolare PNRR	Pistoiese
	Pistoiese	Associata con Val di Nievole	
11	Mugello	titolare PNRR	Fiorentina Sud Est
	Fiorentina Sud Est	associata con Mugello	
12	Val Di Chiana Aretina	titolare PNRR	
13	Versilia	titolare PNRR	
	Apuane	NO PNRR – SI FNPS	
	Elba	NO PNRR – SI FNPS	
	Firenze	NO PNRR – SI FNPS	
	Pratese	NO PNRR – SI FNPS	
	Valle Del Serchio	NO PNRR – SI FNPS	

Per i 13 progetti finanziabili in Toscana è stata predisposta e raccolta una manifestazione di interesse, le cui risultanze sono state trasmesse al MLPS entro il 7 febbraio 2022.

È stato successivamente pubblicato l'avviso di selezione non competitiva rivolta agli ATS, i quali, fermo restando l'ammontare massimo finanziabile, potevano presentare un unico progetto da parte di più ambiti a tal fine consorziati, con individuazione di un ATS capofila ed assegnatario delle risorse.

Trattandosi di indicazioni di volontà a presentare progetti, e non progettualità vere e proprie, gli ATS sono stati accompagnati con diverse occasioni di seminari ed occasioni di incontro (1 e 3 marzo) sino al seminario del 17 marzo 2022 organizzato da Regione Toscana e Federsanità Anci Toscana per illustrare la situazione dei finanziamenti e fornire indicazioni programmatiche.

Con successivi decreti direttoriali, nel corso del 2022, sono state istituite le Commissioni di valutazione ed è stato pubblicato l'elenco delle proposte progettuali ammesse a finanziamento, risultante dall'attività di valutazione della Commissione nazionale; a seguito di ciò i soggetti attuatori hanno provveduto al caricamento delle schede progetto sulla piattaforma Multifondo, prevedendo per la linea 1.1.4 PNRR, come avvio delle attività: "la comunicazione da parte del soggetto attuatore con la quale viene trasmesso il piano operativo analitico dell'attività di supervisione prevista secondo il format predisposto dalla Direzione Generale Lotta alla Povertà e Programmazione Sociale del Ministero del lavoro e Politiche Sociali".

Gli ATS ammessi al finanziamento hanno quindi provveduto (entro il 31 luglio 2023) alla preventiva compilazione del Piano Operativo Analitico (POA) per l'annualità 2023, propedeutica all'inoltro della dichiarazione di avvio attività, vincolante per l'inizio delle azioni progettuali.

Indispensabile supporto ad accompagnare la compilazione del POA si è rivelato lo "Strumento di accompagnamento all'attuazione al LEPS - "Supervisione del personale dei Servizi sociali" predisposto e validato dalla Cabina di Regia Nazionale¹⁷.

¹⁷ DD n. 232 del 26 settembre 2022 - "la Cabina di regia nazionale è un organismo fondamentale della governance per l'attuazione del Livello essenziale di prestazione sociale "supervisione del personale dei Servizi sociali" ed ha il compito di monitorarne e potenziarne l'attuazione attraverso il coinvolgimento dei referenti regionali, dei referenti comunali, dei referenti dei diversi ordini professionali coinvolti, figure chiave per garantire le condizioni organizzative e istituzionali necessarie ad un'implementazione completa ed efficace."

Raccogliendo le istanze degli ATS, congiuntamente all'Ordine regionale Assistenti sociali, sono state promosse e sviluppate intense e produttive interlocuzioni con il Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali al fine di garantire, in considerazione delle organizzazioni dei servizi territoriali toscani, che prevedono una forte centratura sull'integrazione socio-sanitaria, la partecipazione di tutti professionisti Assistenti sociali impegnati negli interventi di carattere socioassistenziale ai percorsi di supervisione.

A fronte di un avvio delle attività con un rapporto diretto tra Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali (MLPS) e gli ambiti territoriali, nel tempo la rete si è allargata alle Regioni attraverso la costituzione nel febbraio 2023 di un Comitato Tecnico di Coordinamento (CTC) con il compito di accompagnare, coordinare e monitorare l'implementazione del LEPS.

Il Coordinamento, convocato dal MLPS si giova della partecipazione della Fondazione Nazionale degli Assistenti sociali (FNAS) cui è riservata l'importante funzione di assistenza tecnica agli ambiti. Tale funzione è stata ulteriormente sviluppata attraverso la designazione di una/un specifico referente regionale, in grado di raccogliere, trasmettere e mediare le istanze provenienti sia dagli ambiti territoriali che dagli organi regionali.

Nel corso del 2023 sono stati effettuati tre incontri del CTC, preceduti da altrettanti con gli ambiti territoriali. Agli incontri convocati da Regione Toscana, aperti anche agli ambiti non beneficiari di risorse PNRR per l'esigenza di raccordare la progettazione operativa del LEPS indipendentemente dalla fonte di finanziamento, hanno partecipato anche l'Ordine Assistenti sociali della Toscana, le Direttrici dei 3 Dipartimenti dei Servizi sociali Aziendali di area vasta e Anci Toscana. E' stato inoltre stabilito un incontro regionale mensile a partire dal mese di settembre, con la presenza della referente FNAS per la Toscana dr.ssa Daniela Amione.

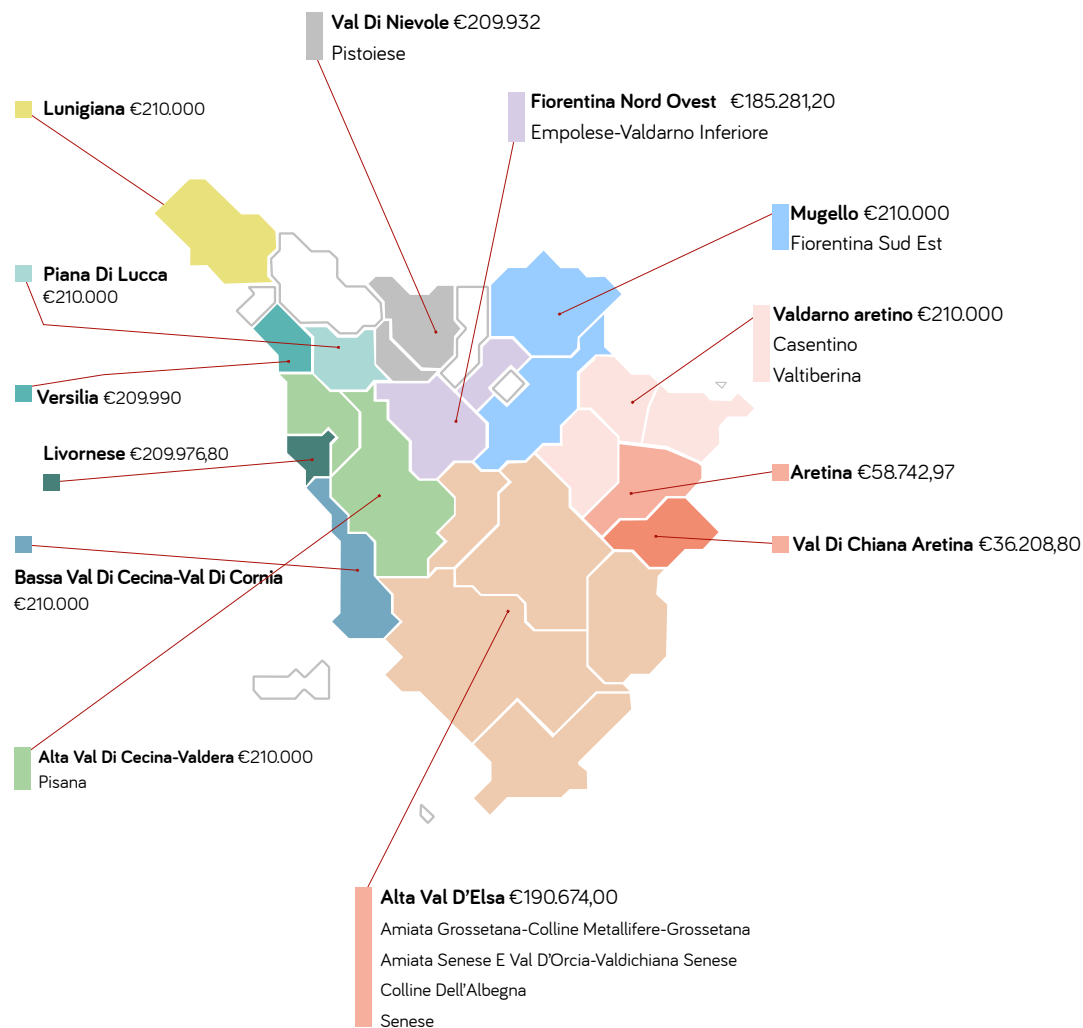
I dati che seguono sono stati elaborati sulla base dell'iniziale programmazione proposta dagli Ambiti e presente in piattaforma Multifondo, non siamo in grado, al momento in cui scriviamo, di accedere alla programmazione annuale (POA) 2023.

I progetti finanziati sono 13 ed hanno ottenuto un finanziamento totale di 2.360.379,77€ dai fondi PNRR. Dei 13 progetti, 6 sono stati presentati da ATS associate: Alta Val di Cecina (ATS associata: Pisana), l'Alta Val D'Elsa (ATS

associate: Amiata Grossetana, Amiata Senese, Colline Dell'Albegna, Senese), la Fiorentina Nord-Ovest (ATS associata: l'Empolese-Valdarno Inferiore), il Valdarno (ATS associate: Casentino e Valtiberina), Mugello (ATS associata: Fiorentina Sud Est) e Val di Nievole (ATS associata: Pistoiese).

In totale, è previsto il coinvolgimento di 153 comuni e 1.574 professionisti, con una percentuale attesa di beneficiari raggiunti dall'intervento rispetto al numero degli Assistenti sociali in servizio che presenta variazioni a seconda dell'ambito.

FIGURA 4.1. - I 13 PROGETTI DI SUPERVISIONE FINANZIATI DAL PNRR, PER ATS TITOLARE DEL FINANZIAMENTO



Le tematiche e criticità da affrontare espresse dagli ambiti riguardano essenzialmente gli stessi argomenti: spiccano la mancanza di uno spazio dedicato alla riflessione deontologica, alla condivisione di problemi e soluzioni e al distanziamento dall'attività sul campo ritenuta spesso sfiancante sia da un punto di vista fisico che, soprattutto, da quello psicologico. Quest'ultimo elemento è fondamentale per professioni di aiuto, l'*emotional labor* (Hochschild, 1983; Grandey, 2000) che influenza, spesso in maniera pesante, la gestione dei sentimenti necessaria per l'adempimento del proprio impegno quotidiano.

Complessivamente la programmazione dei percorsi di supervisione ha visto una prevalenza di quelli mono professionali riservati agli Assistenti sociali sia con riguardo ai percorsi di supervisione individuali che ai percorsi di supervisioni di équipe multiprofessionale.

In totale, infatti, sono state previste 9.279 ore nel triennio dedicate ai percorsi di supervisione mono professionale a fronte delle 4.173 dedicate a quelle d'equipe multiprofessionale.

Per quanto riguarda i percorsi di supervisione individuale le ore destinate sono state elaborate sulla base del numero degli operatori sociali presenti sul territorio con una media di circa due ore per operatore con un totale approssimativo di 1.600 ore. Il totale, tuttavia, può essere solo una stima parziale in quanto molte programmazioni territoriali, pur prevedendo un monte ore per questo percorso, specifica che esso è dipendente dalla richiesta che ne faranno gli operatori così da ottimizzare le risorse previste.

Nel box successivo sono riportate le attese degli ambiti rispetto agli impatti delle azioni intraprese.

RISULTATI ATTESI

Consolidamento di un modello organizzativo come infrastruttura della supervisione all'interno dei Servizi sociali degli ATS in collaborazione con il Dipartimento Servizi sociali dell'Azienda USL Toscana Centro;

Minori problematiche legate alla comunicazione intra e inter-servizi con conseguente diffusione di buone prassi multidisciplinari

Superamento delle criticità nel lavoro multidisciplinare compresa la condivisione di documenti professionali e strumenti di problem solving

Miglioramento relativo ai temi dello stress, del benessere, della prevenzione del burn out, della relazione e della soddisfazione del personale Assistente sociale

Riduzione del tasso di turnover

Maggior autoconsapevolezza da parte degli Assistenti sociali della propria identità professionale, della sua missione e del suo valore

Orientamento dell'attività alla raccolta di dati e di stimoli utili anche alla programmazione futura

4.2. Intorno alla supervisione nei Servizi sociali

Il tema della supervisione professionale è da tempo campo di studio, ricerca ed approfondimento da parte della comunità professionale, ad indicare come l'argomento sia complesso e collegato agli aspetti etici e deontologici, operativi ed organizzativi della professione dell'Assistente sociale.

Sottolinea quanto sia rilevante, e necessario, riuscire a collegare, trasferire e sistematizzare l'esperienza legata alla prassi ad un livello di elaborazione teorica, attraverso una riflessione costante sulle proprie modalità operative, i contesti organizzativi, e gli aspetti emotivi collegati al lavoro sociale.

Invita a "imparare a pensare"¹⁸ su di se' e intorno al proprio lavoro, affinando la capacità di rappresentarsi in azione, di porsi su un livello metariflessivo, sviluppando un pensiero sull'esperienza, rapportandola agli schemi mentali, ai valori e alle interpretazioni sottesi, e alle caratteristiche del contesto d'appartenenza, osservandone i processi evolutivi e le risorse.

"L'azione della supervisione non è rivolta soltanto alla conduzione del processo di aiuto alla persona (...) riguarda anche la progettazione e l'implementazione di programmi di empowerment sociale e territoriale, il lavoro di rete, la ricerca di risorse nel territorio" (Allegri, 2000, p.9).

Le complessità del lavoro sociale, che necessitano di una continua "manutenzione" in termini di formazione e aggiornamento, di confronto con altri operatori e di valutazione e verifica del proprio agire, fa della supervisione una pratica in grado di consolidare i processi di costruzione dell'identità e della professionalità, a partire dal percorso formativo universitario, così come delineato all'art. 48 del Codice Deontologico¹⁹.

La supervisione professionale, diversa dalla didattica, si differenzia dal controllo tecnico amministrativo - funzione propria degli enti²⁰ - e l'operatività degli Assistenti sociali, professionisti dotati di un proprio bagaglio, metodologico ed etico-valoriale (codice deontologico) ai quali è riconosciuta autonomia tecnica e di giudizio (mandato professionale).

La metodologia e la deontologia che orientano l'agire professionale dell'Assistente sociale, la cui correttezza sul piano delle responsabilità è sottoposta al controllo disciplinare (Consigli di disciplina degli Ordini professionali). Il doppio mandato (istituzionale e professionale) fa sì che nelle pratiche professionali degli Assistenti sociali sia sempre presente una combinazione fra una dimensione tecnico-professionale e una amministrativo-istituzionale (dilemmi etici).

Il percorso di elaborazione del tema supervisione a livello accademico e professionale trova le/gli studiosi concordi nel ritenere che il suo principale obiettivo consista nel rafforzamento dell'identità professionale, per sostenere e promuovere l'operatività complessa cui gli Assistenti sociali si trovano a far fronte, intendendo il processo di pensiero e rivisitazione dell'azione professionale un modo per migliorare l'agire professionale.

¹⁹ Art. 48) L'Assistente sociale si impegna nella supervisione didattica nei confronti dei tirocinanti, nei limiti dell'organizzazione in cui opera.

²⁰ Consiste nel verificare la corrispondenza degli interventi dei singoli operatori alle regole e procedure dettate dalle norme e la loro rispondenza ai fini istituzionali dell'ente per evitare disparità di trattamento o differenziazioni tra i vari uffici in relazione alle diversità socio-ambientali in cui operano o alla diversa impostazione del lavoro degli operatori e delle organizzazioni

¹⁸ Demetrio D, Fabbri D, Gherardi S., 1994, Apprendere nelle organizzazioni, La Nuova Italia Scientifica, Roma.

La riflessione e l'apprendimento, nelle sue connessioni con la dimensione qualitativa degli interventi e degli impatti, vedono poi in alcuni contributi più recenti (Allegri, 2000; Bini et al., 2017), una stretta relazione tra supervisione e “valutazione della qualità, in un periodo storico importante come quello attuale, nel quale vari processi di cambiamento a livello normativo, sociale ed organizzativo sembrano chiedere ai servizi pubblici prestazioni di alto livello sia in forma diretta sia in forma indiretta, vale a dire di controllo e di accreditamento ad altri soggetti del privato sociale” (Allegri E., 2000). Il processo di supervisione può essere quindi percepito non soltanto come acquisizione e valorizzazione di un sapere tecnico-specialistico, ma anche come trasmissione di capacità di analisi processuale volta alla risoluzione del problema presentato ed alla relativa valutazione della qualità del servizio erogato.

Vale la pena in questo senso citare il percorso realizzato dal Dipartimento dei Servizi sociali dell'ASL Toscana Centro che ha promosso uno studio, supportato da un intenso ed interessante lavoro di ricerca con gli/le Assistenti sociali operanti sul territorio di riferimento (indipendentemente dall'ente di appartenenza) sul *moral distress*, definito da Bensi (2018) “una forma di stress lavorativo ed etico a cui il professionista è sottoposto durante la propria quotidianità scegliendo di proseguire un'azione secondo principi e regole che non si allineano con i propri valori personali, deontologici e professionali, ma con quelli organizzativi, istituzionali, politici e di efficienza economica, creando così una situazione di discrepanza emotiva, sofferenza psicologica e stress morale che incidono negativamente sul benessere, la soddisfazione e la qualità del lavoro svolto”.

Tale lavoro persegue l'obiettivo di implementare, a partire da uno specifico percorso scientifico di studio e ricerca - metodologicamente rigoroso condiviso con il Laboratorio MES Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa Istituto di Management - l'analisi di ambiti e situazioni critiche e di stress, e successivamente, agire in termini di miglioramento e qualità lavoro e di benessere dei professionisti.

Gli esiti della ricerca infatti invitano ad azioni di prevenzione del fenomeno del *moral distress*, relative, in particolare, a interventi migliorativi e innovativi circa il clima etico e organizzativo, la comunicazione interna e il lavoro di équipe, la qualità delle cure e delle prese in carico, la riflessione deontologica, i temi e gli obiettivi propri della supervisione professionale ed azioni di preven-

zione del burnout che hanno come finalità la qualità professionale a favore delle persone che ne beneficiano.

Esiti che richiamano quanto evidenziato dal Vademecum - Servizio sociale professionale e post pandemia: “I momenti di crisi come questo possono rappresentare un'opportunità per valutare se la struttura organizzativa e il modello d'intervento preesistenti alla calamità siano funzionali all'emergenza, o se serve operare una riorganizzazione più efficace e innovativa per favorire l'esigibilità dei diritti. Situazioni come questa, estreme, evidenziano spesso i punti deboli del sistema e possono, quindi, costituire una fonte di saperi e di esperienze da non disperdere, da utilizzare come incentivo per miglioramenti futuri:

- per promuovere e/o intensificare la negoziazione con l'organizzazione istituzionale, al fine di ottenere, per la collettività, le migliori condizioni di efficacia dell'intervento professionale;
- per costruire o rafforzare le alleanze tra colleghi e tra enti/servizi, anche in ottica multiprofessionale;
- per individuare le strategie più efficaci per contribuire alle scelte istituzionali e organizzative, nella prospettiva del maggior benessere possibile delle persone”(p.8)²¹.

Inoltre, il rimarcare, nel LEPS Supervisione del Piano Nazionale Sociale, la stretta connessione tra i processi di supervisione e la qualità tecnica degli interventi conferma una necessaria attenzione del legislatore agli aspetti correlati di un corretto e trasparente agire professionale e lo sviluppo di politiche sociali realizzate da organizzazioni in grado di garantire universalità, equità, sussidiarietà, uguaglianza nell'accesso alle prestazioni e nell'uso di servizi commisurati ai bisogni di ciascuno, in maniera appropriata ed efficace, definendo prassi professionali - che si distinguono dalle pratiche burocratiche - che risultano strettamente connesse al tema dell'identità professionale.

“Affrontare la questione dell'identità professionale significa riflettere anche rispetto ai complessi processi di identificazione o contrapposizione

²¹ CNOAS con il contributo di AssNAS, ASProC, ASit, SocISS, SoStoSS, SUNAS, 2020. Vademecum - Servizio sociale professionale e post pandemia https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_EventiStampa_573_16_fileAllegatoIntervista.pdf

con i contesti organizzativi all'interno dei quali si muove l'Assistente sociale. Emergono al contempo eccessi di identificazione con l'ente, a causa dei quali l'Assistente sociale viene identificato *tout court* con i servizi, e che degenerano in atteggiamenti meramente burocratici ed adempitivi, o, viceversa, reazioni estreme di contrapposizione e critica radicale all'organizzazione e alla dirigenza, che compromettono la qualità degli interventi, la crescita dell'identità professionale e l'efficienza dei servizi stessi. L'Assistente sociale si trova spesso al centro di meccanismi contraddittori, deleghe reciproche tra pubblico e privato, scarichi di responsabilità e prevaricazioni di interessi particolaristici. Alla figura professionale va riconosciuta l'attitudine ad adottare un'ottica globale che consenta di "cucire" interventi settoriali e sconnessi in una logica progettuale. Il professionista si trova, però, a dover fronteggiare diffuse tendenze di demonizzazione del pubblico, dovendo, al contempo, per mandato sociale e professionale, sostenere e promuovere la capacità delle persone e della comunità a fare fronte con le proprie risorse alle criticità, accompagnando percorsi di autonomia e di affrancamento delle persone dal bisogno e dai servizi. L'Assistente sociale si trova a gestire aspetti complessi della relazione tra le persone e le istituzioni"²².

Le attuali conoscenze, le trasformazioni avvenute nei contesti sociali, relazionali ed organizzativi, anche in conseguenza degli impatti post pandemici non consentono più di adottare modalità di lavoro connotate da aspetti di tipo meccanicistico, ma sollecitano anzi una sempre maggiore attenzione a contrastare quei sentimenti di inutilità e di inefficacia individuale percepiti dagli Assistenti sociali che si diffonde nell'organizzazione trasformandosi in rappresentazioni di inefficacia del Servizio sociale e definendo identità professionali e personali squalificate. "La supervisione ha lo scopo di aiutare il supervisionato a svolgere al meglio le funzioni esercitate nei confronti dell'utenza e dell'organizzazione e a sostenere un esame critico della propria attività, nella consapevolezza della pluralità dei metodi e dei percorsi possibili per la risoluzione dei problemi" (Bini, 2017, p. 47).

La supervisione si configura quindi come strumento professionale capace di agire sul metodo, sulle tecniche, sulla collocazione nel contesto ammi-

²² Calore M., Carta A., Fralleoni A., Giuli L., Noci E., Tilli C. (a cura di) RIFLESSIONI DELL/NELL'AIDOSS DAL 2005 AD OGGI, 2010, <http://files.logintest.webnode.com/200003401-43b8944b2a/Riflessioni%20dell-nell'AIDOSS%20dal%202005%20ad%20oggi.pdf>

nistrativo e sociale, agisce sul "sapere", in termini di aumento e sistematizzazione delle conoscenze, sul "saper fare" e sul "saper essere" e cioè sullo specifico professionale. E' anche un rinforzo dell'identità professionale, uno strumento di aiuto per conoscersi, verificarsi, modificarsi, e quindi "saper diventare", come dice Rollino (2017), per stare dentro il dilemma etico menzionato nel Codice deontologico e per essere capaci di accettare la sospensione, l'incertezza e la non risposta, ma anche per intervenire e incidere sui processi organizzativi in termini di tempo, risorse e responsabilità. Aiuta inoltre a costruire e ricostruire partecipazione e motivazione, stimolando creatività e ricerca, producendo conoscenza, espressa in atti (protocolli, convenzioni, etc.) che discendono da precise scelte metodologiche e da conoscenze codificate.

Un'azione continua di attenta lettura dei contesti e di riflessione sul proprio agire consente di superare e valorizzare la dialettica tra professione e organizzazione, tra i diversi mandati, nella ricomposizione delle istanze derivanti dalla complessità del modo reale, le biografie e le narrazioni individuali, le nuove vulnerabilità sociali ed il perseguimento delle finalità istituzionali che vedono proprio in questo professionista un nodo strategico di accesso alle risorse ed alle opportunità.

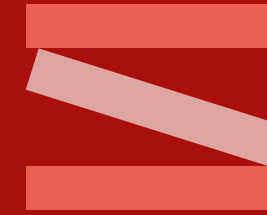
La supervisione diviene allora contesto e occasione in cui sperimentare processi di connessione tra teoria e prassi, di riflessione condivisa, di ricerca di significati, in grado di tradursi in strategie operative coerenti. In questo senso il gruppo di supervisione può rivelarsi occasione e strumento di apprendimento individuale e collettivo sul ruolo, sui contesti, sui saperi e sulle competenze professionali, ma anche su di sé e sulle proprie competenze riflessive e relazionali e sulla propria collocazione nell'ambito organizzativo.

Supervisione al gruppo che facilita la condivisione da parte degli operatori delle difficoltà comuni di fronte a casistiche multiproblematiche o a problemi che investono il funzionamento organizzativo ed inter-organizzativo, che richiedono spesso nuovi modelli operativi ed organizzativi, sia sul piano dello specifico professionale, che su quello della integrazione con altri servizi.

L'esperienza ci dice come non sempre la collaborazione tra diversi enti formalizzata in protocolli o accordi di programma sia sufficiente per l'effettiva efficacia, ma piuttosto la connessione tra professionisti e persone, che confrontano linguaggi, tecniche e valori, diversi e utili per una corretta operatività,

e sperimentano strumenti e soluzioni organizzative innovative sia in grado di rispondere all'evoluzione ed al cambiamento della realtà sociale.

La supervisione, come la formazione permanente, risultano allora fondamentali per il benessere professionale dell'Assistente sociale, e conseguentemente degli utenti dei servizi, con importanti ricadute sul lavoro in équipe e multiprofessionale, e affinché la supervisione non diventi, o non resti, la risposta al grido d'aiuto di professionisti in estrema difficoltà, sarà necessario riconoscerle piena legittimità all'interno del processo formativo. Tale legittimazione, che passa anche attraverso la determinazione di una specifica figura professionale ed una più puntuale definizione del profilo dei supervisori professionali, a partire dalla loro formazione, appare non più rinviabile.



SEZIONE TERZA

CONTRIBUTI

All'interno di questa sezione sono raccolti alcuni contributi scientifici dei tre Dipartimenti aziendali USL dei Servizi sociali, volti a valorizzare alcune esperienze e pratiche di particolare interesse nell'ambito organizzativo dei servizi. In particolare, sono descritte le pratiche del Tavolo dei Bisogni Complessi dell'Ausl Toscana Nord-Ovest; l'esperienza dell'Azienda sanitaria e delle otto SdS della Toscana Centro riguardo la programmazione territoriale sanitaria, socio-sanitaria, socio-assistenziale; il Regolamento aziendale della Ausl Sud-Est per garantire l'accesso ai voucher di libera scelta per gli inserimenti a tempo indeterminato nelle RSA.

Il Tavolo dei Bisogni Complessi è uno strumento istituito nel maggio 2023 per garantire un confronto rapido e diretto tra Servizi sociali e sanitari in modo da poter affrontare in maniera strutturata ed efficiente la valutazione dei bisogni corrispondenti e compresenti degli utenti e la loro eventuale presa in carico. Così facendo l'Ausl Nord-Ovest punta ad evitare il fenomeno delle cosiddette "porte girevoli" per cui un cittadino con bisogni sociali e sanitari deve rivolgersi a molteplici enti e sportelli prima di poter accedere ai servizi di cui necessita allungando il tempo di permanenza nello stato di necessità.

Il secondo contributo riguarda l'approccio dell'Ausl Toscana Centro alla Riforma del Sistema Sanitario Regionale Toscano (LR 84/2015), che costituisce tre grandi aziende USL accorpando le 12 precedenti, e alla LR 11/2017 che ha accorpato le 34 Zone distretto pre-esistenti a 26 nuovi ambiti (ora 28). L'Ausl Toscana Centro e le otto SdS hanno elaborato un modello di programmazione con l'obiettivo di garantire una maggiore integrazione inter e intra aziendale. Nel testo viene altresì valorizzato il processo programmatico riferito allo sviluppo del Servizio di Emergenza Urgenza Sociale - SEUS.

Infine, viene presentata la rivalutazione del Regolamento Aziendale da parte dell'Ausl Sud-Est grazie alla quale sono state riformate le liste d'attesa per l'inserimento a tempo indeterminato nelle RSA. Attraverso un processo di ricerca diretta, l'Ausl ha rivisto i criteri che definivano la priorità d'ingresso dando maggiore importanza a fattori come la lunghezza dell'attesa e, soprattutto, il rischio di *burnout* da parte del sistema di supporto del richiedente.

La sezione si completa con un contributo del Consiglio dell'Ordine Assistenti sociali della Toscana sul tema, purtroppo di strettissima attualità, riferito alla violenza subita da operatori e operatrici del sociale e del sociosanitario.

Il Tavolo “Bisogni Complessi” dell’Ausl Toscana Nord-Ovest

La pandemia da Covid-19 ha rappresentato un momento di forte trasformazione sia sul piano sanitario che su quello socio-economico. L'emergenza sanitaria, infatti, non ha solo messo in luce l'affaticamento e la complessità del sistema sanitario ma ha avuto una portata tale da far emergere tante, e talvolta nuove, situazioni di marginalità sociale che prima rimanevano in penombra. La condizione di vulnerabilità delle persone a rischio si è trasformata, nell'arco di poco tempo, in uno stato di povertà, spesso anche estrema, che le ha fatte precipitare nell'isolamento sociale, privi di reti, legami e risorse alle quali poter fare riferimento, acuendo così la complessità del bisogno da loro presentato. Il quadro emerso, dunque, è uno composto da bisogni nuovi, non differibili e sempre più complessi, spesso a causa dell'interconnessione tra bisogni sociali e sanitari. Questa nuova complessità ha evidenziato i problemi da tempo irrisolti all'interno della pubblica amministrazione e, talvolta, vere e proprie contraddizioni del nostro modello organizzativo; tuttavia, ha anche generato il tentativo di dare risposte nuove, rapide e rilevanti.

In tal senso, infatti, pur essendo enormemente dirompenti e difficili da gestire, le crisi alimentano però anche l'emergere di grandi obiettivi comuni, di solidarietà e di sperimentazione di novità.

Il Tavolo Bisogni Complessi, che l'Azienda USL Toscana Nord-Ovest ha istituito nel maggio 2023, fa parte di queste novità. Si riunisce a cadenza mensile e al termine di ogni incontro viene predisposto e condiviso il relativo verbale affinché quanto esposto, rilevato e proposto sia consegnato ad ogni Dipartimento coinvolto. Questa iniziativa nasce dall'esigenza di rivedere gli interventi e le prestazioni a favore delle persone vulnerabili con problematiche socio-sanitarie complesse al fine di fornire indicazioni operative per rispondere a tutti quei bisogni, rilevati nelle Zone e non risolti, attenzionati alla Direzione Aziendale.

Affinché il Tavolo sia in grado di elaborare, definire e condividere soluzioni adeguate alle esigenze segnalate è stato necessario coinvolgere tutti quei Dipartimenti la cui attività risulta avere un forte impatto territoriale, come ad esempio: Salute Mentale e Dipendenze, Sanità Territoriale, Medicina Generale, Professioni Infermieristiche e Ostetriche, Riabilitazione, Professioni Tecnico-Sanitarie Riabilitazione e Prevenzione e Dipartimento Servizio sociale Non Autosufficienza e Disabilità. Il confronto diretto e partecipativo col territorio è stato proficuo e sono emerse molteplici necessità: in primo luogo, quella di procedere ad uno snellimento dei percorsi di presa in carico e valutazione del bisogno soprattutto per quanto concerne l'attivazione delle unità di valutazione UVM – UVMD. In secondo luogo, in occasione della prima seduta del Tavolo è stata evidenziata l'importanza di lavorare in integrazione e far sì che i singoli, ognuno per la propria parte di competenze, lavorassero unitamente sotto l'unica regia dell'UVM-UVMD alla stesura condivisa del progetto personalizzato in favore dell'utente. A questo riguardo è stata anche affrontata la tematica relativa alla partecipazione attiva di MMG (medici medicina generale) e PLS (pediatri libera scelta) alla valutazione in sede di equipe multidimensionale. Il coinvolgimento di questi professionisti è fondamentale per agire in favore degli adulti con disabilità che:

“non hanno uno specialista. Quando sono minori c'è sempre uno specialista molto presente poi si va nel settore adulti... se non è una patologia fisica e c'è una riabilitazione quando si va sulla parte più intellettuale, la salute mentale magari dice: “questo non è da salute mentale, è neurologico”. Il neurologico... il neurologo aziendale magari non c'è sempre o è a livello ospedaliero quindi è complicato. Tanti disabili quindi non hanno più uno specialista. Il medico curante è poi il loro unico interfaccia e tante volte il medico dice “serve uno specialista perché dà una visione più dettagliata della patologia. Noi siamo più generali”.

Il percorso di sensibilizzazione ad una maggiore flessibilità intrapreso dal Tavolo e rivolto a tutti i Direttori dei Dipartimenti precedentemente citati, procede di pari passo con l'ulteriore bisogno rilevato dal gruppo di lavoro: un'adeguata informazione dei vari professionisti interessati sulle prestazioni e sui servizi presenti nei vari territori. Un'adeguata informazione permette a tutti i professionisti dell'Azienda, e dunque all'istituzione stessa, di rispondere alle esigenze sempre più articolate degli utenti, e di ridurre le distanze tra i cittadini ed il sistema socio-sanitario, contribuendo anche alla realizzazione di azioni di prevenzione. L'informazione consente, quindi, di monitorare e comprendere maggiormente le criticità e le risposte che i servizi sono in grado di offrire.

5.1. Informare, sensibilizzare, agire: la rete dei servizi

Un'ulteriore criticità rilevata e strettamente connessa ai punti precedenti risulta essere la difficoltà d'interazione degli specialisti, soprattutto quelli afferenti al Dipartimento di Riabilitazione, con le UVMD. A tal fine, in una prospettiva proattiva e di costruttivo confronto verrà organizzato dal Tavolo un momento di interlocuzione con i coordinatori delle 10 UVMD delle Zone distretto - SdS ed i Direttori dei Dipartimenti attivi nel suddetto gruppo di lavoro.

L'attenzione e lo sviluppo dell'integrazione rappresenta dunque per la nostra Azienda la linea di tendenza obbligata per il miglioramento delle politiche sanitarie e socio-sanitarie pubbliche.

La capacità del sistema di garantire un'effettiva presa in carico integrata, a fronte di una domanda di assistenza caratterizzata dalla crescita della complessità e delle legittime aspettative del cittadino, ha uno dei suoi snodi nel ribaltamento, culturale e operativo, del punto di vista attraverso il quale si costruiscono i percorsi diagnostici-terapeutici-assistenziali, uscendo così da una logica meramente prestazionale. Si parla, quindi, di una nuova concettualizzazione del sistema di garanzia della salute che dovrà essere inteso come “rete di servizi” dove le componenti sociali e sanitarie dell'assistenza sono strettamente correlate ed in grado di accompagnare l'evolversi dei bisogni della persona e della sua famiglia fornendo interventi diversificati ma in continuità strategica tra di loro.

È in quest'ottica, infatti, che la nostra Azienda ha cercato di rivedere il processo organizzativo di presa in carico delle persone con bisogno socio-sanitario complesso attraverso il consolidamento ed il rafforzamento di modelli integrati (UVM – UVMD) e di porte uniche di accesso, di seguito PUA, in grado di assolvere e garantire l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale, facendo della vicinanza ai cittadini il proprio punto di forza.

Pertanto, è indispensabile che siano previsti dei percorsi di assistenza che garantiscano l'effettiva presa in carico globale dei cittadini che richiedono prestazioni socio-sanitarie integrate attraverso l'attivazione e il reale funzionamento di tutta la rete dei servizi, con particolare attenzione all'efficienza ed alla celerità di ciascuno di essi.

Con tale approccio di *governance* integrata della salute, valorizzata anche nella nostra regione mediante la creazione dei modelli della Società della Salute e delle Convenzioni socio sanitarie nelle Zone distretto, l'Azienda USL vuole attribuire un'effettiva ed efficace centralità alla persona ed al suo progetto di vita nella comunità locale, in coerenza con il Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi sociali. Quest'ultimo ha affermato, infatti, la necessità per l'ambito sociale di rapportarsi in modo costante e strutturato con gli altri ambiti di natura sanitaria e socio-sanitaria, sia in ragione della natura dei bisogni complessi sia delle risposte che dovranno essere offerte alla cittadinanza.

5.2. Programmazione unica

Tutto questo richiede una programmazione coordinata capace di offrire le opportune risposte al cittadino senza che esso sia rinviato a competenze di altri enti e livelli istituzionali (un fenomeno chiamato "porte girevoli" e a causa del quale il cittadino si trova spesso bloccato ad un livello intermedio di cura, inadatto alle sue esigenze). È per questo che il potenziamento dei PUA è considerato fra le azioni prioritarie di rafforzamento, tanto sul lato sociale quanto sul lato sanitario, posto in essere dalla nostra Azienda poiché un approccio sociale basato sui LEPS non può che interagire strettamente con l'approccio sanitario, che vede già definiti livelli essenziali sanitari e socio-sanitari (LEA) in ottemperanza del DPCM 12 gennaio 2017.

In tale prospettiva l'Azienda sanitaria ha realizzato un tavolo di lavoro finalizzato alla redazione di una procedura aziendale denominata "*utilizzo scheda di accesso unitario ai Servizi sociali, sanitari e socio-sanitari*" e finalizzata ad attuare pari opportunità d'accesso alle informazioni ed ai servizi territoriali da parte di coloro che ne abbiano necessità, superando l'attuale utilizzo di differenti modulistiche a seconda del bisogno rilevato.

Tale documento è rivolto a tutti gli Assistenti sociali afferenti alle Zone distretto – Società della Salute presenti sul territorio dell'Azienda ed impegnati come operatori di *front-office* nei PUA, Punti Insieme e Segretariato Sociale; intende così individuare modalità stabili di concertazione volte a garantire sia la presa in carico integrata della persona sia il raccordo con gli altri servizi territoriali ritenuti necessari in base ai bisogni constatati.

Quanto sopra è stato delineato al fine di avviare percorsi di risposta appropriati alla complessità delle esigenze di tutela della salute della persona, evitando che il cittadino, già provato dalla difficile situazione socio-sanitaria personale o familiare, sia rinviato ad altri Servizi e sottoposto a molteplici valutazioni.

Tutto ciò in linea, anche, con la DGRT n. 1508 del 19/12/2022 inerente la "*Programmazione dell'assistenza territoriale in Toscana in attuazione del decreto del Ministero della salute 23-05-22 n°77*" nella quale trae rilevanza la funzione dei Punti Unici di Accesso al sistema integrato di interventi e Servizi sociali. Il personale dei Punti Insieme, Segretariato Sociale e Punto Unico di Accesso (denominato PUA) avranno il compito di decodificare i bisogni della persona, fornire i primi elementi di informazione e orientare all'accesso ai servizi di II livello, così come agli approfondimenti propedeutici alla presa in carico ed alla successiva erogazione dei servizi di ambito sociale e socio-sanitario tra i quali figurano le misure specifiche stabilite dall'UVM – UVMD.

Come espresso in precedenza, un ulteriore obiettivo del tavolo di lavoro sulle situazioni socio-sanitarie complesse, messo in atto dalla nostra Azienda, risulta essere lo sviluppo di un linguaggio uniforme per la gestione integrata dei bisogni complessi, la cui regia deve essere identificata nelle equipe multidimensionali già esistenti (UVM – UVMD), al fine di snellire e semplificare i percorsi di valutazione della persona e superare le disparità territoriali nell'erogazione dei servizi. Il concetto di semplificazione, ripreso anche dal

PNRR, rappresenta uno dei piani di riforma trasversale a tutte le Missioni dello stesso Piano nazionale di Ripresa e Resilienza ed obiettivo principale per la nostra Azienda. In tale ottica la Direzione Aziendale ha fortemente incoraggiato la predisposizione di vari tavoli di lavoro finalizzati alla revisione delle procedure aziendali inerenti sia l'area della Disabilità sia quella della Non Autosufficienza. In particolare, sono stati costituiti tavoli di lavoro per rivedere sia la procedura aziendale sulla *“presa in carico delle persone con disabilità: il progetto di vita”* sia quella attinente *“la scheda sociale in UVM: definizione e utilizzo dei criteri per la compilazione”*.

La prima procedura descrive il percorso di presa in carico della persona con disabilità, dall'accesso alla realizzazione del progetto di vita definendo anche le modalità di monitoraggio, valutazione e verifica di tutto il processo. La suddetta procedura ha lo scopo di riorganizzare il percorso di presa in carico della persona con disabilità da 0 a 64 anni; in tale documento sono descritte le principali tappe del percorso di presa in carico, definendo le aree d'intervento e le fasi operative, con l'indicazione, per ciascuna di esse, di azioni e strumenti concreti da attivare celermente per la loro realizzazione, con la finalità di attuare un modello aziendale che possa garantire al cittadino, equità e omogeneità di risposte chiare, dinamiche e condivise nel territorio. Il documento di cui sopra è stato frutto di un lavoro condiviso e realizzato mediante la collaborazione ed integrazione con molteplici Dipartimenti Aziendali e coinvolge i professionisti che operano nei servizi socio sanitari territoriali zonali che afferiscono al Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, Dipartimento Servizio sociale Non Autosufficienza e Disabilità, Dipartimento Sanità Territoriale, Dipartimento Medicina Generale, Dipartimento delle professioni tecnico sanitarie, Dipartimento di Riabilitazione e Dipartimento delle Professioni Infermieristiche e Ostetriche. Con tale procedura si è quindi ribadita la centralità dell'UVMD (Unità di Valutazione Multidisciplinare Disabilità) quale unica sede valutativa, di definizione e regia del progetto di vita della persona disabile.

Per quanto concerne invece la seconda procedura, riguardante l'area della Non Autosufficienza e il lavoro, è stato costituito un tavolo di lavoro finalizzato a uniformare e garantire equità di accesso alle prestazioni di tipo domiciliare, semiresidenziale e residenziale, nei confronti dei cittadini anziani residenti nel territorio dell'Azienda, con particolare riferimento ai criteri di valutazione sociale. La procedura in esame è anch'essa il frutto di un lavoro congiunto

tra molteplici professionisti quali Medici ASC, Infermieri, Assistenti sociali, personale della Riabilitazione, Medici Specialisti (geriatri, neurologi, ecc) che operano nell'ambito del coordinamento organizzativo/operativo/ professionale rappresentato dal PUA (Punto Unico Accesso) e dall'UVM (Unità di Valutazione Multidimensionali). Tale lavoro si è sviluppato parallelamente con la predisposizione di una nuova procedura attinente il lavoro del Servizio sociale all'interno delle A.C.O.T (agenzia continuità ospedale territorio) per far sì che, a seguito della segnalazione ospedaliera di un cittadino con bisogno complesso, sia data possibilità all'A.C.O.T di effettuare direttamente la valutazione in sede di UVM - UVMD snellendo quindi il percorso di presa in carico della persona non autosufficiente. Quanto sopra al fine di garantire, da parte dell'A.C.O.T, che afferiscono all'area vasta Nord-Ovest, una risposta al cittadino tempestiva e appropriata al bisogno, attraverso la valutazione e l'attivazione delle risorse necessarie per rispondere adeguatamente alla complessità segnalata dai Presidi Ospedalieri di riferimento. L'A.C.O.T svolge, quindi, un ruolo di governo delle risorse disponibili attivando servizi e prestazioni e monitorandoli sia sul piano dell'appropriatezza che sul piano della sicurezza clinica nella transizione fra i presidi ospedalieri e quelli territoriali.

Fattore decisivo nella realizzazione di tale obiettivo strategico risulta essere il potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale, il cui importante e principale riferimento va individuato nei Medici di Medicina Generale (MMG). A tal fine l'obiettivo del Tavolo Aziendale sulle complessità consiste, come detto in precedenza, nel coinvolgere maggiormente tale importante professione nella definizione dei percorsi socio-sanitari integrati, partendo dalla valutazione in sede di equipe UVM - UVMD, in prospettiva con l'applicazione della riforma socio-sanitaria territoriale.

Pertanto la capacità di fare rete sul territorio e di lavorare in maniera sinergica tra le diverse professionalità sarà decisiva per rispondere a bisogni sempre più complessi, riconoscere i diritti, generare opportunità d'inclusione sociale e qualificare così un modello di integrazione sociosanitaria e socio assistenziale che sappia rispondere alle varie complessità non differibili che sempre più spesso i territori si trovano a dover gestire.

La Programmazione territoriale sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale

L'esperienza dell'azienda sanitaria e delle otto Società della Salute della Area Vasta Toscana Centro

La Riforma del Sistema Sanitario Regionale Toscano (l.r. 84 del 28/12/2015) ha ridisegnato completamente l'assetto istituzionale di riferimento con la costituzione di tre grandi nuove Aziende Usl, una per ciascuna Area vasta (Toscana Centro, Toscana Nord-Ovest, Toscana Sud-Est) accorpando le 12 precedenti. Allo stesso tempo si è previsto un rafforzamento delle Zone distretto, individuate quali ambiti territoriali di valutazione ottimale dei bisogni sanitari e sociali della comunità, di organizzazione e erogazione dei servizi delle reti territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate e di esercizio coordinato della funzione fondamentale in ambito sociale e per l'assolvimento dell'obbligo di esercizio associato della medesima funzione per i comuni a ciò tenuti ai sensi della legislazione nazionale. A tal fine, la l.r. 11/2017 ha previsto l'accorpamento delle 34 Zone distretto preesistenti a 26 nuovi ambiti individuati all'interno delle tre nuove aziende USL, con una dimensione finalizzata a sviluppare competenze per la valutazione dei bisogni, garantire un ottimale livello dei servizi nonché generare economie di scale e risparmi da reinvestire sui servizi socio-sanitari.

6.1. La nuova programmazione

In questo contesto, la Regione Toscana ha dato inizio con la DGRT 573/2017 “Nuove linee guida del Piano Integrato di Salute e del Piano di Inclusione Zonale” ad una **nuova stagione della programmazione territoriale**. Alla DGRT 573/2017 sono poi seguite, annualmente, delibere regionali con indicazioni per la programmazione operativa annuale (DGRT 1076/2018, 1388/2020) e le linee guida per la redazione del piano integrato di salute e del piano di inclusione zonale (DGRT 1339/2019).

Si tratta di un percorso fortemente innovativo, con l'obiettivo di riattivare e riallineare i processi di programmazione in tutti gli ambiti zonali²³ e permettere una comparazione e una lettura sinottica dei vari territori con aree e settori di programmazione definiti²⁴, un apposito sistema informativo regionale di riferimento e un'articolazione strutturata su griglie di attività basate sui LEA (DPCM 2017) e sul nomenclatore sociale. Al fine di rafforzare la programmazione integrata di ambito zonale e renderla più agevole ed efficace viene espressamente preferita l'elaborazione unica dei due piani previsti dalla normativa regionale, il Piano Integrato di Salute (PIS) – strumento di programmazione integrata delle politiche sanitarie e sociali a livello zonale – e il Piano di Inclusione Zonale (PIZ) – lo strumento di programmazione della funzione fondamentale in ambito sociale dei comuni esercitata nell'ambito ottimale della Zona distretto. La DGR 573/2017 prevede, inoltre, che l'approvazione dei Piani Integrati di Salute (PIS) e dei Piani Operativi Annuali (POA) zonali condizioni il trasferimento delle risorse.

Data la situazione istituzionale sopra descritta, ci siamo trovati di fronte a due interrogativi: come coordinare la riforma sanitaria toscana, che prevede la costituzione di tre grandi aziende sanitarie territoriali, mantenendo un equilibrio tra le necessarie specificità dei singoli territori organizzati in Zone distretto/SdS e l'unità e l'allineamento necessari ad un corretto funzionamento dei servizi per i cittadini? Come promuovere il bilanciamento degli interessi tra la programmazione e l'adesione alle norme di politica sanitaria, sia territoriale che ospedaliera?

²³ Il PIS/PIZ e il POA, strumenti principali della programmazione territoriale in base alla disciplina toscana, vengono elaborati a livello zonale e approvati dall'Assemblea della Società della Salute o, laddove non esistente, dalla Conferenza Zonale dei Sindaci Integrata.

²⁴ Le aree di programmazione sono cinque (cure primarie, sociosanitario, socio assistenziale, promozione e prevenzione, contrasto alla violenza di genere), a loro volta suddivisi in settori di programmazione.

L'Azienda Usl Toscana Centro (che nella sua organizzazione incrocia in una logica a matrice i dipartimenti, professionali e gestionali) e le otto Zone distretto/Società della Salute hanno elaborato un modello di lavoro innovativo con l'obiettivo principale di supportare il territorio e di realizzare l'integrazione e la collaborazione fra le strutture organizzative aziendali e fra istituzioni, promuovendo linee di programmazione territoriali coerenti a livello aziendale.

FIGURA 6.1 – ORGANIZZAZIONE A MATRICE TRA I DIPARTIMENTI AZIENDALI USL E LE SOCIETÀ DELLA SALUTE DELL'AREA VASTA CENTRO



Questo modello di lavoro si è realizzato attraverso un gruppo di lavoro, denominato **“Ufficio di piano Aziendale”**, costituito formalmente con Delibera del Direttore Generale dell'Azienda Usl Toscana Centro²⁵ al fine di supportare gli Uffici di Piano zonali nella predisposizione dei Piani Integrati di salute (PIS) e dei Piani Operativi Annuali (POA). Tale supporto opera, in particolare, con riferimento agli ambiti di programmazione per i quali è necessario rapportarsi con i numerosi Dipartimenti aziendali coinvolti dalla programmazione territoriale: Dipartimento Servizio sociale, Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitazione, Dipartimento Servizi Infermieristici e Ostetrici, Dipartimento

²⁵ Delibera Direttore Generale Azienda Usl Toscana Centro n. 1575/2018, poi modificata e integrata con successiva Delibera n. 1635/2019.

delle Professioni Tecnico Sanitarie, Dipartimento del Decentramento, Dipartimento della Prevenzione, Dipartimento della Medicina Generale, Dipartimento Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione, Dipartimento del Farmaco.

L'Ufficio di piano aziendale è composto da referenti dello Staff della Direzione Generale, della Direzione Sanitaria, della Direzione Servizi sociali, della Epidemiologia e del Controllo di Gestione, strutture aziendali trasversali agli ambiti territoriali della Toscana Centro²⁶.

La presenza della UFC Epidemiologia nel gruppo di lavoro è centrale per la predisposizione del **Profilo di Salute**, documento propedeutico alla programmazione territoriale. I Direttori ZD/SdS hanno infatti condiviso con l'Epidemiologia un format di base uguale per tutti i territori, che prevede l'utilizzo dei dati dell'Agenzia Regionale di Sanità, del MES e dell'Osservatorio sociale regionale, in modo da avere la fotografia dello stato di salute della popolazione e dello stato dei servizi, utilizzando gli "indicatori PIS" individuati a tal fine dalla Regione Toscana.

Il contributo della SOC Controlling, che si occupa del controllo di gestione dell'Azienda Usl Toscana Centro, permette di comporre annualmente, con riferimento alle risorse di natura sanitaria e sociosanitaria di competenza del SSR, i singoli **budget integrati di programmazione zonali**, utilizzando gli stessi criteri di rilevazione e valutazione dei costi e con modalità che, a regime, andranno a coincidere con i budget di Zona distretto. La ricomposizione delle risorse, infatti, è uno degli elementi cruciali alla base di una efficace programmazione.

²⁶ La denominazione esatta delle strutture che compongono il gruppo di lavoro "Ufficio di Piano Aziendale" è la seguente: Staff della Direzione Generale; Direzione Servizi sociali; SOC Monitoraggio e programmazione performance clinico assistenziale (Direzione Sanitaria); UFC Epidemiologia; SOC Controlling; SOC Servizi alle Zone-SdS.

6.2. Azioni condivise: le schede POA e il Profilo dei Servizi

La presenza della Direzione dei Servizi sociali, della Direzione Sanitaria e dello Staff della Direzione Generale ha permesso di coordinare l'elaborazione di **progetti e attività comuni a tutte le Società della Salute/Zone distretto**. Grazie ad un intenso lavoro di confronto e collaborazione con i Dipartimenti Aziendali e con i Direttori di Zd/SdS, sin dalla prima esperienza del 2017, sono state elaborate "schede POA" trasversali e comuni a tutti gli ambiti territoriali della Toscana Centro, che da una parte rispondono all'esigenza di equità e di omogeneità dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali ma che, allo stesso tempo, garantiscono l'espressione delle specificità dei singoli territori.

Non si tratta tuttavia di progetti o di attività "aziendali", semplicemente elaborate e calate dall'alto. Il lavoro di incontro e confronto sui contenuti, che sta evolvendo ogni anno man mano che viene acquisita l'esperienza del metodo e la conoscenza reciproca fra professionisti, è reale.

A tali schede POA trasversali vengono aggiunti da ogni SdS progetti e attività proprie, non limitando ma anzi esaltando le peculiarità dei singoli contesti territoriali.

Ovviamente ogni ambito territoriale elabora in completa autonomia, ma in modo fortemente connesso e interdipendente a tutte le materie trattate, la quinta area di programmazione prevista dalla DGRT 573/2017, relativa alle attività socio-assistenziali che riguarda la funzione fondamentale in ambito sociale dei comuni e che, senza questa forte operazione di integrazione, andrebbe a costituire un atto di programmazione distinto, il Piano di Inclusione Zonale (PIZ).

TABELLA 6.1. – QUADRO SINOTTICO SCHEDE DI PROGRAMMAZIONE TRASVERSALI ALLE 8 SDS DELL'AV CENTRO

area programmazione	settore di programmazione	n. schede 2020	tot. 2020		n. schede 2021		tot. 2021		n. schede 2022		tot. 2022		n. schede 2023		tot. 2023				
Cure primarie - Sanità territoriale	Assistenza territoriale	31	49	28	49	33	65	31	15	5	6	3	11	60					
	Materno-infantile	12															13	15	15
	Cure palliative	5															4	5	3
	Azioni di sistema Cure primarie	1															1	10	
	Schede Covid Cure Primarie	0															3	2	
Socio-Sanitario	Salute mentale - Adulti	11	56	11	54	12	73	10	16	13	14	4	10	69					
	Salute mentale - Minori	11															11	16	16
	Dipendenze	12															12	13	14
	Non Autosufficienza	3															2	4	4
	Disabilità	6															6	11	10
	Azioni di sistema Socio-Sanitario	13															10	16	15
	Schede Covid Sociosanitario	0															2	1	
Violenza di genere	Azioni di sistema Violenza di genere	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1						
	Sicurezza e salute sul lavoro	5		5		5		5		5		5							
	Malattie infettive e vaccini	2		2		1		1		1		1							
	Igiene e sanità pubblica	1		1		1		1		1		1							
	Salute ambienti aperti e confinati	4		4		4		4		4		4							
	Sanità pubblica veterinaria	1		1		1		1		1		1							
Prevenzione e promozione	Sicurezza alimentare e salute dei consumatori	4	24	4	29	4	27	4	4	2	2	2	4	23					
	Sorveglianza e Prevenzione Nutrizionale	2															2	2	2
	Sorveglianza e prevenzione malattie croniche - stili di vita	4															4	3	4
	Azione di Sistema Prevenzione e Promozione	1															1	2	3
	Covid 19 Promozione e Prevenzione	0															6	5	
	TOT schede POA trasversali alle otto SdS dell'Ausl Toscana Centro																130		133

In occasione del Piano Integrato di Salute 2020-2022, il gruppo di lavoro "Ufficio di Piano Aziendale" ha supportato i singoli uffici di piano zonali anche nella elaborazione del "Profilo dei Servizi", previsto dalla l.r. 40 e della DGRT n. 1339 del 14/11/2019. Il documento, mai redatto fino a tale data da nessun territorio, contiene il "quadro degli assetti organizzativi" e il "Quadro dell'offerta" delle Zone distretto/Società della Salute. L'Ufficio di Piano aziendale ha prodotto un elaborato sugli ambiti comuni a tutte le società della Salute con la descrizione dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali comuni e trasversali a tutti gli ambiti della Toscana Centro. Questa questione "base" è stata poi personalizzata e integrata dalle singole ZD/SdS.

Dal 2017 ad oggi, attraverso questa operazione, l'Azienda Usl Toscana Centro ha avviato un percorso di integrazione e collaborazione fra Società della Salute/Zone distretto tra loro e con i Dipartimenti aziendali con vocazione territoriale, sostenendo la collaborazione, la trasversalità e la coerenza fra territori della Toscana Centro e lavorando alla redazione di documenti comuni. Così facendo, oltre a sostenere il territorio nella elaborazione della programmazione zonale, sta contestualmente definendo una programmazione territoriale di livello aziendale coerente e trasversale agli otto ambiti territoriali, sempre con l'obiettivo di valorizzare la ricchezza delle specificità e delle differenze delle singole zone.

Le criticità riscontrate sono state molteplici: la forte differenza fra i territori, il numero dei professionisti coinvolti, il tempo necessario al confronto sui contenuti della programmazione, la condivisione del metodo di lavoro stesso, l'iniziale mancata comunicazione e, talvolta, la diffidenza o competitività fra strutture organizzative e professionisti. L'Azienda Usl Toscana Centro è stata costituita solo nel 2016 e le ex aziende che la compongono si caratterizzano per storie, contesti, prassi e metodi di lavoro molto diversi.

Questa esperienza, da sviluppare e migliorare, promuove un modello di lavoro che favorisce attivamente l'integrazione sociosanitaria e intende consolidare un modello di progettazione collaborativa, volta alla condivisione delle buone prassi, all'utilizzo efficiente delle risorse professionali disponibili e all'identificazione di strategie comuni per il miglioramento dei servizi.

L'efficienza e la promozione della coerenza e della qualità della programmazione non è l'unico risultato a cui si aspira, poiché la costruzione di relazio-

ni stabili e di reciproca fiducia fra i professionisti va a supportare il processo di integrazione previsto dalla riforma della sanità toscana nonché a facilitare l'evoluzione verso il modello gestionale delle Società della Salute, costituite in tutte le otto Zone distretto della Toscana Centro, e quindi al rafforzamento del territorio, obiettivo quest'ultimo sancito anche dal PNRR.

6.3. Programmazione e SEUS

L'esperienza della programmazione integrata e condivisa con il territorio può trovare un esempio di facile lettura nel modello di implementazione del Servizio di Pronto Intervento Sociale, dove emerge in modo chiaro l'efficacia della condivisione strategica degli obiettivi. Infatti la promozione della coerenza e della qualità della programmazione non è l'unico risultato auspicato, poiché la costruzione di relazioni stabili tra gli attori del sistema e lo sviluppo di relazioni fiduciarie fra i professionisti supporta il processo di integrazione previsto dalla riforma della sanità toscana e facilita l'evoluzione verso il rafforzamento del sistema servizi del territorio, obiettivo quest'ultimo sancito anche dal PNRR.

Nel sistema di programmazione l'Ambito (in Toscana Zona distretto/SdS) rappresenta il livello istituzionale, dove la programmazione assume un'importanza strategica nel processo di governance territoriale e nella definizione dell'offerta integrata di servizi. I modelli di governance si differenziano tra le regioni, ma sono tutti orientati allo stesso obiettivo, ovvero riuscire a garantire la realizzazione dei livelli essenziali delle prestazioni, in collaborazione con gli Enti Locali, nonostante la fortissima frammentazione a livello inter-regionale e infra-regionale. Infatti nelle azioni di programmazione il territorio e la comunità locale rappresentano la dimensione cruciale per l'implementazione delle politiche sociali, perché è il luogo dove si possono leggere i bisogni e promuovere l'integrazione delle politiche rivolte ai cittadini. Questa dinamica, se guidata, si traduce in tempestività, incisività negli interventi e può rappresentare una straordinaria occasione di integrazione orientando in positivo il rapporto tra risorse investite e qualità dei servizi offerti.

Perché quando parliamo di SEUS parliamo di sistema? Perché l'inserimento del Pronto Intervento Sociale nella realtà organizzativa di un territorio genera un nuovo elemento nell'assetto dei Servizi sociali, influenzandone l'organizzazione e stimolando un riposizionamento degli attori e delle strutture che si relazionano dinamicamente nella ricomposizione dell'ambiente. La possibilità di governare il sistema in un quadro unitario sintetizza le specificità e le differenze in una visione unitaria e coerente che dà forza al sistema, attraverso il prezioso coordinamento dei referenti zonali, dove si creano le basi dell'armonizzazione complessiva. SEUS può rappresentare, oltre che una sfida culturale, anche un esempio di welfare collaborativo e cooperativo nella dinamica delle relazioni tra istituzioni.

In questo contesto il PIS consente anche una lettura precoce degli elementi di vulnerabilità sociale di un determinato territorio e offre la possibilità di avere una esplorazione in anteprima delle problematiche che stanno evolvendo nel territorio, attraverso il censimento puntuale delle segnalazioni e dei bisogni che si manifestano e questa rappresenta una ottima occasione, oltre che di riorientamento e attualizzazione dei servizi, anche di costruire mappe di vulnerabilità sociale.

Il Servizio di Pronto Intervento Sociale (SEUS) in Toscana “non è soltanto una scelta tecnica, peraltro inconsueta, ma piuttosto costituisce un complesso intreccio di relazioni tra livello tecnico e livello politico e tra i differenti attori istituzionali. Il P.I.S. fonda la sua attuazione ed evoluzione nella ricomposizione e nel coordinamento delle risposte ai bisogni dei cittadini. ... Il Pronto Intervento Sociale rappresenta pertanto l'asse valoriale, organizzativo e professionale che promuove sinergia e interessa una pluralità di soggetti istituzionali e informali, stimolando tutte le agenzie del territorio alla costruzione di un network orientato alla risposta. Il riconoscimento del sistema Pronto Intervento Sociale come elemento di promozione della innovazione, genera una serie di reazioni che, a loro volta, favoriscono ulteriori sguardi verso un Servizio sociale diverso da quello che conosciamo.” (Boldrini: 2022)

La risposta in emergenza e urgenza richiede una visione unitaria e globale tipica della complessità e competenze di diversi attori istituzionali. L'omogeneità del modello organizzativo e metodologico a livello regionale garantisce uno sviluppo rigorosamente strutturato del servizio e al contempo la sua declinazione territoriale con la personalizzazione del paniere di offerta creano

un equilibrio che rispetta la specificità dei territori e delle loro istanze, ma in un quadro metodologico e organizzativo strutturato che valorizza il sistema integrato del territorio, promuovendo spazi interessanti di promozione dell'integrazione sociosanitaria.

Analogamente, il modello organizzativo e metodologico assume un maggiore rilievo quando, dalla integrazione sociosanitaria, che si esprime solitamente nella rete dei servizi territoriali, ci spingiamo su perimetri più squisitamente sanitari come la continuità ospedale territorio, il pronto soccorso, il 118 in evoluzione verso il 112 e non ultimo il sistema delle maxi emergenze.

In quest'ottica anche la programmazione regionale può assumere un ruolo cruciale, inserendo il pronto intervento sociale nell'ambito dei servizi che collaborano stabilmente con l'area delle reti tempo-dipendenti creando così nuovi canali di accesso ai servizi per favorire un accesso equo e appropriato.

In questo quadro la comunità professionale, necessariamente deve misurarsi con la sfida del cambiamento culturale e con la necessaria capacità di adattamento delle risposte ai bisogni delle persone che mutano con l'evolvere del sistema sociale e delle sue componenti istituzionali. Il ruolo di promozione e stimolo alla qualificazione della professione anche sul piano scientifico e della ricerca potrà essere centrale anche nella attuazione di questo livello di servizio nuovo e attuale.

I dipartimenti del Servizio sociale, istituiti insieme alle Direzioni dei Servizi sociali dalla riforma della Sanità Toscana, rappresentano uno spazio straordinario per la promozione della cultura professionale trasversale a tutta l'organizzazione, finalizzata a garantire il miglioramento della qualità e dell'efficacia e di coordinamento tecnico scientifico e rappresentano, rispetto alla declinazione toscana del PIS, una utile chiave di lettura delle sinergie che si possono creare sul piano professionale, organizzativo e istituzionale. Nella definizione delle relazioni tra livello di area vasta e ambito locale e tra zona, Enti Locali e Azienda Sanitaria, si colloca la matrice delle responsabilità del Pronto Intervento Sociale, che vede i Dipartimenti di Servizio sociale agire come infrastruttura organizzativa del sistema, in una dinamica virtuosa che concilia bisogni espressi dal territorio, cornice organizzativa e metodologica anche in perimetri istituzionali più estesi. La scelta della Regione Toscana di istituire nel sistema sanitario regionale una struttura dipartimentale per il

Servizio sociale, rappresenta una grande occasione per realizzare uno spazio di confronto professionale, di produzione scientifica, tecnica, metodologica, e di elaborazione di buone prassi e promozione di cultura. Questo modello di dipartimento può diventare una "casa professionale comune" dove gli Assistenti sociali, espressione dei diversi enti, sperimentano una appartenenza propria della comunità professionale molto difficile da attuare nella maggior parte delle organizzazioni dove i professionisti Assistenti sociali si trovano a operare e cooperare.

Questa relazione del SEUS/PIS con i dipartimenti delle aziende sanitarie locali e in particolare con il Dipartimento del Servizio sociale, come sperimentato nella programmazione condivisa e cooperativa della ASL TC, è cruciale per trovare la sintesi tra il radicamento territoriale e la dimensione di area vasta, dove si può ottimizzare il modello organizzativo, la base metodologica e il sistema di comunicazione e relazione tra i diversi nodi della rete del sistema di servizi.

Un altro elemento di ancoraggio alla programmazione e allo sviluppo di sinergie è relativo alla potenzialità della ricognizione delle risorse comunitarie che si realizza attraverso la mappatura e attivazione delle risorse e delle energie in campo con particolare attenzione al rapporto tra settore pubblico, Terzo settore e agenzie territoriali, che influenza il sistema, ridisegnando il network della rete comunitaria e promuovendo una rilettura delle relazioni.

Infatti nell'ottica dello sviluppo di comunità, l'incontro del Pronto Intervento Sociale con la comunità, stimola la partecipazione delle reti ad un progetto condiviso, promuove l'assunzione di responsabilità e la costruzione di legami di fiducia e alleanze che possono agire il loro beneficio oltre il perimetro delle azioni orientate al sistema di risposta in ambito emergenziale.

"E' in questa logica che il Pronto Intervento Sociale, oltre che rappresentare un LEPS, costituisce per un territorio una straordinaria occasione di integrazione, di pari opportunità, di ampliamento e qualificazione delle reti di supporto comunitarie, che vanno oltre il paniere delle opportunità di intervento per cui sono state coinvolte, che trova il proprio fondamento nei principi di sussidiarietà, trasparenza, partecipazione e che richiede di un delicato e attento processo di costruzione delle parti in causa." (Boldrini: 2022).

Il Regolamento aziendale della Ausl Sud Est per l'accesso ai voucher di libera scelta delle RSA

A settembre 2016, con la Delibera di Giunta regionale n. 995, la Regione Toscana ha inteso attuare il principio della libera scelta della RSA da parte del cittadino destinatario di un Piano Assistenziale Personalizzato a carattere residenziale per l'inserimento in un modulo base di RSA, dando seguito alle disposizioni della L.R. 82/2009 sull'accREDITAMENTO dei servizi sociosanitari, a sua volta implementazione dell'art. 17 della L. 328/00.

Alla luce delle nuove disposizioni regionali i cittadini in possesso di voucher avrebbero potuto scegliere una qualsiasi RSA accreditata che avesse sottoscritto l'accordo di libera scelta con l'azienda USL di ubicazione e fosse quindi iscritta all'apposito portale regionale. Con il venir meno del raccordo diretto dei servizi territoriali con la RSA di inserimento e l'aumento delle occasioni di mobilità territoriale, è emersa più potente la necessità di garantire uniformità dei criteri di accesso ai voucher a prescindere dalla Zona di residenza. Contestualmente, peraltro, la Regione Toscana ha adottato una politica di assegnazione delle risorse per il finanziamento dei servizi residenziali per le persone anziane basata sull'indice medio di "quote sanitarie" per popolazione ultra65enne residente, delineando un percorso di necessaria progressiva perequazione delle risorse tra le Zone Sociosanitarie, dal 2016 inserite in con-

testi di governance molto più ampi dei precedenti alla luce dell'unificazione delle Aziende Sanitarie prevista dalla generale riforma del sistema sanitario regionale compiuta con la L.R. 84/2015.

In tale processo di riforma normativa regionale è emerso dagli operatori degli stessi servizi territoriali, il bisogno di impiegare le risorse sulla base di criteri omogenei per lo meno sul territorio aziendale, al fine di garantire **equità di trattamento** tra tutti i cittadini in carico ai servizi, a prescindere dal servizio residenziale specifico da questi scelto.

Tale prima finalità ha condotto ad approfondimenti attinenti all'**appropriatezza** del servizio residenziale a tempo indeterminato in relazione allo specifico bisogno assistenziale emerso in fase di valutazione multiprofessionale. Soprattutto in una situazione generale di oggettiva carenza di risorse, centrare le chiavi di lettura del bisogno in funzione della specifica risposta alla quale *matchi* quel bisogno è essenziale per ottimizzarne l'impiego. L'individuazione di variabili, indicatori ed indici in grado di fornire una descrizione oggettiva del bisogno, anche in termini numerici, è parsa pertanto dirimente. Contestualmente, l'oggettivazione delle componenti del bisogno e la costruzione di un profilo di bisogno funzionale alla lettura dell'appropriatezza del servizio residenziale, ha reso perseguibile anche l'obiettivo della **trasparenza** dei processi decisionali di carattere professionale che sottostanno alla progettazione personalizzata dei percorsi sociosanitari, spesso per lungo tempo relegata, per lo meno a livello di percezione diffusa anche presso la comunità, al carattere della mera discrezionalità o, al meglio, del buon senso (peraltro facilmente adottabile, ma anche confutabile, dal cittadino comune).

Il Regolamento aziendale della Azienda USL Sud Est, prodotto da un percorso lungo e complesso avviato nel 2017 che sarà descritto nel paragrafo 7.5, promosso e coordinato dalla Direzione dei Servizi sociali e che ha visto il coinvolgimento di professionisti del Servizio sociale aziendale e degli enti locali, infermieri e medici delle cure primarie, si è pertanto occupato di rispondere ai seguenti quesiti:

- a) Il servizio residenziale a tempo indeterminato in RSA modulo base per quale profilo di bisogno è appropriato? (paragrafo 7.1)
- b) In carenza di risorse, tra tutte le persone non autosufficienti valutate dai servizi territoriali con un profilo di bisogno per il quale è appropriato un

servizio residenziale a tempo indeterminato, quali ulteriori caratteristiche di bisogno occorre investigare per poter affermare che una persona ha più urgenza (priorità) di un'altra di accedere al voucher, non appena se ne renda uno disponibile? (paragrafo 7.2)

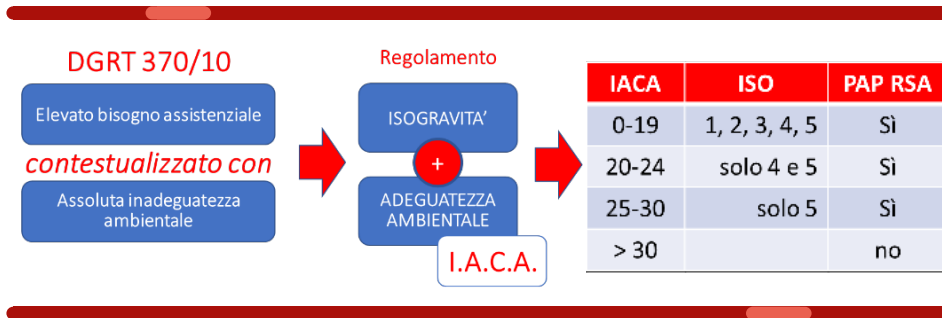
Il percorso di elaborazione e attuazione del Regolamento ha visto una fase sperimentale ed una revisione basata sulle risultanze della sperimentazione. Le risposte fornite a tali quesiti dal Regolamento hanno pertanto subito delle modifiche e integrazioni, per quanto parziali.

L'ultima versione del Regolamento, approvata il 27 aprile 2023, ha inoltre ambito a declinare in un contesto descrittivo di natura amministrativa il processo multiprofessionale di presa in carico, al fine di garantire non solo la trasparenza dei criteri di valutazione, ma anche quella dei tempi e dei diritti del cittadino (paragrafo 7.3). Per consolidare l'attuazione del Regolamento e monitorarne sistematicamente l'efficacia e l'efficienza, è stato costruito – con una logica *bottom-up* – un apposito applicativo informatico, impiegato dagli operatori amministrativi e professionali coinvolti all'interno di un contesto organizzativo strutturato e governato sia a livello aziendale che zonale, in grado di tracciare i processi decisionali e agevolare l'analisi di dati complessi (paragrafo 7.4).

7.1. Quali criteri di accesso al PAP a carattere residenziale a tempo indeterminato

Il Progetto regionale per l'assistenza continuativa alla persona non autosufficiente, introdotto dalla Delibera di Giunta n. 370 del 2010, si sforza di definire dei parametri oggettivi, basati sulle risultanze della valutazione multiprofessionale fondata sull'impiego di specifici strumenti da parte dell'equipe di valutazione (schede clinico funzionali, scheda infermieristica, scheda sociale), per supportare l'UVM nella definizione del Progetto Assistenziale Personalizzato e quindi nella scelta della qualità e dimensione degli interventi da proporre. Nel caso dell'intervento a carattere residenziale, al fine di definire le caratteristiche della persona non autosufficiente avente diritto alla quota sanitaria, il progetto regionale indica quali variabili *l'assoluta inadeguatezza ambientale correlata con un elevato bisogno assistenziale*. Il Regolamento aziendale declina tali variabili attraverso rispettivamente l'Indice di Adegua-

tezza della Condizione Ambientale (I.A.C.A.) rilevato attraverso l'apposita sotto scheda della scheda di valutazione sociale di cui al Decreto n. 2259/12 e l'Isogravit , l'indice che correla il livello di dipendenza nelle attivit  della vita quotidiana, la presenza di disturbi del comportamento e dell'umore e il livello di compromissione cognitiva.



Per definire le correlazioni tra l'uno e l'altro indice in grado di definire il profilo di bisogno per il quale risulti appropriato l'inserimento residenziale a tempo indeterminato   stata analizzata e discussa la casistica in carico ai servizi territoriali. Da tale analisi   scaturita la seguente tabella di correlazione:

Sia in fase sperimentale che in fase di attuazione della versione definitiva del Regolamento, il Regolamento ha considerato tali requisiti come rigidi, lasciando comunque all'UVM, come d'altra parte previsto dalla norma regionale, la titolarit  della decisione circa i contenuti della proposta di PAP.   per  strettamente richiesto che le decisioni prese in deroga a tali profili siano specificatamente motivate nel verbale dell'UVM, in modo da poter risalire, attraverso la motivazione, a particolari bisogni o circostanze oggettive non valorizzabili con il solo utilizzo degli ordinari strumenti di valutazione e cos  da poter contestualmente tracciare e rendere trasparente il processo decisionale dell'UVM, anche in caso di richiesta di accesso agli atti.

Grazie all'analisi delle motivazioni delle deroghe fornite in fase sperimentale,   stato possibile introdurre nella nuova versione del Regolamento una ulteriore variabile, che era ricorso quale motivazione per l'approvazione di PAP residenziali in favore di persone non autosufficienti non rientranti nei profili di bisogno predefiniti: **la variabile del burn-out del familiare care-giver principale**. Oltre pertanto a isogravit  e IACA, l'UVM pu  per questo motivo proporre con il PAP il voucher di libera scelta. Allo stato attuale, in assenza

di uno strumento di valutazione del burn-out scientificamente fondato e validamente sperimentato (la scheda CBI da autosomministrare   da subito parsa inadeguata a tale contesto di impiego),   richiesto che i verbali UVM in questi casi siano particolarmente approfonditi e riportino le valutazioni degli operatori dell'equipe multiprofessionale su questo ambito di analisi. Un gruppo di lavoro aziendale multiprofessionale ha avuto mandato di elaborare uno strumento di valutazione del burn-out da adottare a livello aziendale e fornire alle equipe multiprofessionali per agevolare l'omogeneit  della valutazione di tale specifica variabile.

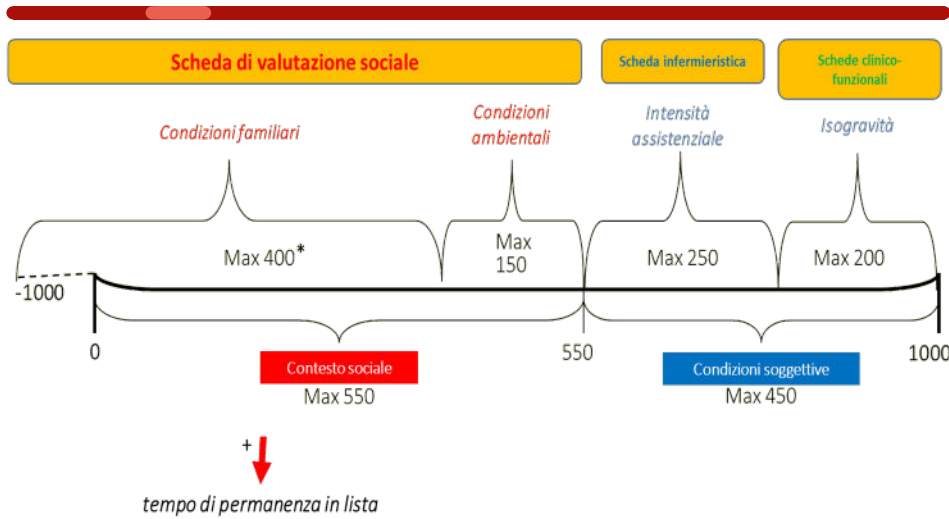
7.2. Quali criteri per l'individuazione della priorit  di accesso alle RSA

Come   noto, non tutti i sottoscrittori di un PAP a carattere residenziale a tempo indeterminato possono usufruire da subito di un voucher da spendere presso una RSA di propria scelta. Il budget attribuito a ciascuna Zona  , nella grande parte dei casi, inferiore al fabbisogno. Per questo motivo il Regolamento si occupa di definire criteri di priorit  con cui stabilire a quale persona con PAP residenziale occorra attribuire, prima che agli altri, il voucher non appena resosi disponibile.

Tali criteri sono in realt  variabili complesse che concorrono a comporre il profilo di bisogno assistenziale della persona non autosufficiente: esse incidono sulla *possibilit  di permanenza prolungata* dell'anziano a domicilio e determinano un vero e proprio *rischio* legato a tale permanenza. Maggiore   il rischio maggiore   la priorit .

Dal punto di vista metodologico, l'assunto   stato quello di dover valorizzare ciascuna variabile numericamente e di ricorrere a strumenti di valutazione gi  formalizzati dalla normativa regionale ed utilizzati dall'equipe multiprofessionale in fase di valutazione del bisogno a seguito della segnalazione, senza imporre agli operatori delle equipe ulteriori adempimenti. La rilevanza assunta da taluni di tali strumenti alla luce del Regolamento ha comunque imposto percorsi di formazione approfonditi rivolti agli operatori per assicurare omogeneit  nella interpretazione degli items e quindi uniformit  nella corrispondenza tra punteggi e profilo di bisogno.

Il profilo di bisogno costruito per l'inserimento nella lista di priorità – a carattere zonale – ha un punteggio entro il range -1000 e +1000, che è il risultato della sommatoria dei punteggi ottenuti sulle quattro aree di bisogno Condizioni familiari, Condizioni ambientali, Intensità assistenziale e Isogravit .



7.2.1. Condizioni familiari

La valutazione professionale operata dall'Assistente sociale case-manager, supportata dall'impiego della scheda di valutazione sociale,   funzionale alla verifica della possibilit  che almeno un familiare tra coniuge, figli e genitori garantisca anche in emergenza – anche con un ruolo che sar  necessario assumere improvvisamente - l'assistenza della persona non autosufficiente in attesa dell'ingresso in RSA, in qualit  di organizzatore e/o di attuatore.

Sono state elaborate 11 voci, a ciascuna delle quali corrisponde un punteggio, esaustive ai fini della descrizione di situazioni complesse comprensive delle seguenti condizioni oggetto di valutazione:

- presenza o assenza di almeno un familiare (il numero di familiari in grado di garantire l'assistenza non   rilevante);
- capacit  di svolgere il ruolo di care-giver, con rilevazione di eventuali impedimenti o limitazioni da descrivere puntualmente, anche derivanti da

condizioni di salute (in questo caso da attestare con certificazione rilasciata da un medico specialista afferente al Servizio Sanitario pubblico o da una struttura sanitaria pubblica) o dal coinvolgimento in altre situazioni familiari problematiche;

- distanza del domicilio da quello della persona non autosufficiente, quantificata in termini di tempi di percorrenza calcolati attraverso Google Maps. L'Assistente sociale seleziona una delle 11 voci (quella pi  aderente alla situazione specifica) determinando un punteggio parziale da -1000 a 400.

TABELLA 7.1. – CRITERI E PUNTEGGIO DI VALUTAZIONE DELLE CONDIZIONI FAMILIARI

	Condizioni familiari	Punteggio
01	Anziano con coniuge (non certificato e in grado di fare il care-giver)	-1000
02	Anziano senza coniuge care-giver, con almeno 1 figlio domiciliato entro 1 ora di percorrenza, non certificato e non impegnato come care-giver di altri familiari	-1000
03	Anziano senza coniuge care-giver, con tutti i figli domiciliati tra 1 ora e 4 ore di percorrenza	100
04	Anziano senza coniuge care-giver, con tutti i figli care giver di almeno 1 familiare certificato	200
05	Anziano senza coniuge in grado di fare il care-giver, con tutti i figli domiciliati oltre 4 ore di percorrenza	200
06	Anziano con coniuge certificato senza figli	400
07	Anziano senza coniuge con tutti i figli certificati o non in grado di fare i care-giver (su valutazione professionale)	350
08	Anziano senza figli care-giver e con coniuge non certificato ma non in grado di fare il care-giver (su valutazione professionale)	350
09	Anziano con coniuge certificato o non in grado di fare il care-giver, con soltanto figli certificati	350
10	Anziano con coniuge certificato o non in grado di fare il care-giver, con solo figli domiciliati all'estero	350
11	Anziano solo	400

7.2.2. Condizioni ambientali

Attraverso la scheda “Valutazione condizione abitativa e ambiente di vita” viene verificato il livello di adeguatezza del contesto ambientale entro il quale la persona non autosufficiente vive il proprio bisogno assistenziale in attesa dell’ingresso in RSA. Il punteggio ottenuto nella scheda così come prevista dal decreto regionale è rapportato, ai fini del Regolamento, ad un punteggio proporzionale, in funzione del contesto di domicilio.

TABELLA 7.2. – CRITERI E PUNTEGGIO DI VALUTAZIONE DELLE CONDIZIONI AMBIENTALI

Domicilio	Punteggio
Abitazione privata	punteggio scheda rapportato a 150 pt
Struttura comunitaria per autosufficienti, con disponibilità di abitazione per PAP suppletivo	punteggio scheda rapportato a 150 pt
Struttura comunitaria per autosufficienti, senza disponibilità di abitazione per PAP suppletivo	automaticamente 150 pt
RSA, con disponibilità di abitazione per eventuale PAP suppletivo	punteggio scheda rapportato a 75 pt
RSA, senza abitazione di proprietà per eventuale PAP suppletivo	automaticamente 75 pt.

Il tema della persona non autosufficiente già domiciliata presso una struttura comunitaria al momento della proposta di PAP residenziale è stato lungamente dibattuto. In primo luogo è stata posta come dirimente la necessità di valutare le condizioni di bisogno della persona sulla base della segnalazione con gli ordinari strumenti di valutazione e di elaborare il PAP sulla base dei criteri del Progetto regionale della DGRT 370/2010 e del Regolamento aziendale, superando procedure distorsive che in precedenza finivano per agevolare o, di contro, negare, l’accesso alle “quote sanitarie” alle persone o alle famiglie che autonomamente avevano deciso per un inserimento in struttura.

Per l’inserimento in lista vale anche in questi casi, d’altra parte, la necessità di valutare il livello di rischio legato alla permanenza presso il domicilio.

Si è posto dunque il problema dell’appropriatezza del contesto ambientale nel caso di domicilio presso una struttura comunitaria per persone autosufficienti: per questa fattispecie è quindi riconosciuto dal Regolamento un livello

di priorità massimo in relazione a tale area di bisogno, il doppio del punteggio invece attribuito ad una persona che è già in RSA e pertanto si trova in un contesto già appropriato rispetto al suo bisogno.

Nel caso in cui però la persona potesse fruire di un’abitazione presso la quale poter erogare servizi domiciliari in attesa dell’erogazione del voucher e potesse pertanto trovarsi in una situazione analoga a quella delle altre persone non autosufficienti per le quali la segnalazione sia avvenuta in coerenza di domicilio presso una privata abitazione, allora - ai fini dell’attribuzione del punteggio - verrà valutata l’abitazione potenzialmente disponibile, con eguale proporzione nel caso di persona domiciliata presso una struttura appropriata o meno dal punto di vista assistenziale.

Se infatti la natura della segnalazione del bisogno fosse economica, per mancanza di risorse destinabili al pagamento in autonomia della struttura nella quale ormai si è acquisito il domicilio, occorre che i servizi appurino - non essendo loro competenza prendere in carico il bisogno di tipo economico - il livello di rischio che comportano le soluzioni disponibili di domicilio presso il quale la persona in attesa del voucher fruisce o potrebbe fruire di un’assistenza.

7.2.3. Intensità assistenziale

La valutazione dell’Intensità Assistenziale attiene alla valorizzazione del bisogno di assistenza da effettuare al domicilio in favore della persona non autosufficiente: quanto meno l’assistenza è effettuabile da eventuali care-giver o Infermieri di Famiglia e Comunità in termini di appropriatezza e dimensioni, quanto è prioritaria l’erogazione dell’assistenza a livello comunitario residenziale ed è quindi maggiore il punteggio attribuito.

L’Intensità assistenziale è misurata attraverso la compilazione della “Scheda infermieristica” di cui all’Allegato B del Decreto del responsabile del Settore Generale Coesione e Cittadinanza Sociale n. 2259/2012 da parte del componente sanitario dell’equipe multiprofessionale.

Un discorso a parte deve essere fatto per il lavoro approfondito sulla scheda infermieristica svolto da un gruppo di lavoro monoprofessionale di in-

fermieri. Fuori dal contesto del Regolamento aziendale, dalla compilazione della scheda regionale l'operatore rileva una conclusione di bassa, media o alta intensità assistenziale: tale conclusione non ha alcun legame diretto od oggettivo con gli item presenti nella scheda e le conclusioni hanno carattere prettamente discrezionale. Il gruppo di lavoro ha attribuito a ciascun item relativo alla singola prestazione di cura domiciliare della scheda regionale un punteggio (da 1 a 3) secondo la sua rilevanza per la definizione dell'intensità assistenziale. Laddove l'item era passibile di strutturazione di risposte multiple – soprattutto nel caso della definizione di frequenza e dimensione delle cure domiciliari, di adeguatezza della persona alla cura del sé e di adeguatezza del care-giver - tali risposte sono state impostate e a ciascuna è stato attribuito un punteggio, in media più rilevante rispetto a quelli attribuiti alle singole prestazioni. Sono state inoltre redatte delle istruzioni che supportano l'operatore sia nell'interpretazione di ciascun item che nell'analisi congiunta di più item ai fini della corretta e logica compilazione.

La scheda raffinata ai fini del Regolamento è dunque uno strumento che dà luogo ad un punteggio strettamente legato alla descrizione oggettiva del bisogno di assistenza infermieristica presentato dalla persona non autosufficiente.

7.2.4. Isogravità

L'isogravità è stata introdotta anche tra i criteri di priorità per completare in maniera equilibrata il paniere delle variabili con cui oggettivizzare il livello di priorità. Tra le variabili che incidono sul livello di rischio per la permanenza al domicilio, anche se con una rilevanza più limitata rispetto alle altre, non può non essere considerata la condizione clinico-funzionale della persona non autosufficiente: l'isogravità è un indice complesso e scientificamente fondato già oggetto di valutazione e pertanto disponibile.

7.2.5. Tempo di permanenza in lista

Dal momento dell'inserimento nella lista zonale di priorità (che corrisponde alla data di sottoscrizione del PAP da parte dell'interessato o di un suo rappresentante) il punteggio di priorità è automaticamente incrementato secondo i seguenti criteri:

Fino al 30° giorno di permanenza: 0,10 punti per ogni giorno.

Dal 31° giorno al 60° giorno di permanenza: 0,50 punti per ogni giorno.

Al 60° giorno di permanenza: 100 punti una tantum.

Dal 61° giorno di permanenza: 1 punto per ogni giorno.

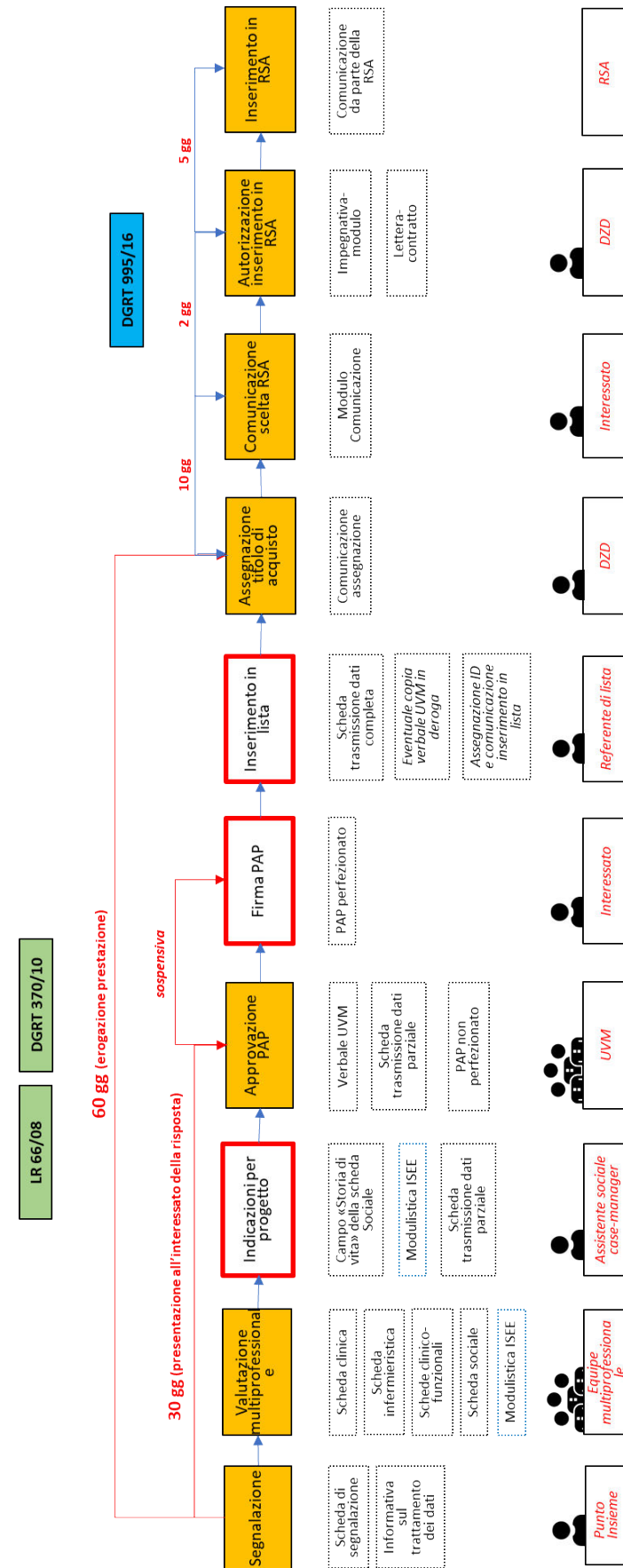
Nella fase sperimentale il criterio del tempo di permanenza in lista praticamente non aveva alcuna conseguenza sulla posizione effettiva (0,01 punti per ciascun giorno di permanenza, utili solo a risolvere eventuali casi di parità di punteggio), in quanto si era voluto in maniera tassativa passare dalle precedenti liste zonali di attesa al nuovo concetto di liste di priorità, che abolivano il criterio dell'ordine cronologico esasperando positivamente il concetto di bisogno e di priorità basato su questo. Una riflessione successiva ha imposto una revisione di tale impostazione tassativa, per avvicinare le soluzioni introdotte dal Regolamento alle prescrizioni della normativa regionale di settore che imporrebbe comunque il termine temporale di 60 giorni dalla segnalazione del bisogno per la erogazione del servizio previsto dal PAP e, in caso di impossibilità, ad una proroga in cogenza di servizi suppletivi che non potrebbe superare i 90 giorni dalla segnalazione. I salti temporali a cui è legato l'aumento del punteggio di permanenza in lista una tantum o giornaliero sono infatti correlati a questa tempistica.

7.3. Il procedimento amministrativo del percorso di presa in carico della persona non autosufficiente

Al fine di perseguire l'intento della trasparenza del processo di presa in carico della persona non autosufficiente, in particolare in relazione al processo decisionale sotteso alla definizione del PAP e all'accesso ai titoli di acquisto per i servizi residenziali a tempo indeterminato, in occasione del percorso di revisione del Regolamento aziendale è emersa la necessità di risolvere a livello centralizzato alcune criticità legate agli aspetti formali della gestione del processo che molti operatori amministrativi avevano dovuto affrontare già a partire dall'introduzione del Fondo per la Non Autosufficienza. Dal benchmark effettuato tra le Zone da un gruppo di lavoro appositamente costituito e dal successivo lavoro svolto con due esperti giuristi incaricati di collaborare con la Direzione dei Servizi sociali a tale scopo, è stato elaborato una specifica parte del Regolamento che reinterpreta in chiave amministrativa il processo di presa in carico, definendone le specifiche caratteristiche in quanto procedimento amministrativo.

Poste quali basi giuridiche le leggi 241/1990, il DPR 445/2000 e il RGDP (UE) 2016/679, e facendo riferimento alla L.R. 66/2008 e alla DGRT 370/2010 quali norme regionali di settore che disciplinano il processo di presa in carico dalla segnalazione del bisogno all'erogazione del servizio previsto dal PAP e alla DGRT 995/16 che disciplina il procedimento dal riconoscimento del diritto al voucher all'inserimento nella RSA di libera scelta, sono state individuate:

- a. le **fasi** dell'intero processo
- b. gli **attori** protagonisti di ciascuna fase
- c. i **supporti informativi** tipici di ciascuna fase (atti, modulistica, schede di registrazione dati)
- d. i **tempi** di durata di ciascuna fase



A partire da questo sforzo descrittivo, il Regolamento cerca di offrire chiarezza sulle modalità di gestione di tale procedimento amministrativo complesso, che si intende avviato con la presentazione della scheda di segnalazione al Punto Insieme (data di protocollazione) e terminato con l'inserimento in RSA, ma che di fatto consta dei due sub-procedimenti amministrativi disciplinati dalle normative regionale e che il Regolamento combina integrando di indicazioni operative per i cittadini e gli operatori e di ulteriori regole necessarie a riempire alcuni vuoti normativi:

- chi è legittimato a presentare la scheda di segnalazione o firmare il PAP (ad esempio, se non è il cittadino interessato, come accade per la maggior parte dei casi, come legittimare in maniera giuridicamente sostenibile un soggetto diverso);
- attraverso quali canali possono essere trasmessi i documenti (ad esempio, quali modalità di utilizzo di mezzi a distanza quali telefono e mail per comunicazioni formali);
- in quali fasi e per quali fattispecie sono consentite le sospensive dei termini del procedimento;
- in che termini trattare i dati personali e quindi come e quando acquisire il consenso o fornire l'informazione preventiva sul loro utilizzo;
- come trattare la raccolta dei dati relativi alla capacità economica degli interessati ai fini del calcolo della quota a carico dell'interessato del corrispettivo sociale del titolo di acquisto;
- come trattare le richieste di fruizione del voucher presso strutture ubicate fuori Regione Toscana;
- come rendere accessibili al cittadino interessato i propri dati inerenti l'esito del procedimento amministrativo.

Le specifiche offerte dal Titolo III del Regolamento aziendale sugli aspetti più prettamente formali e amministrativi hanno lo scopo - anche per la prevenzione del contenzioso - da una parte di fornire agli operatori dei servizi certezze sul comportamento da tenere e dall'altra di rendere trasparente al cittadino interessato il comportamento organizzativo dei servizi. Per completare tale operazione di trasparenza sia verso l'interno che verso l'esterno dell'organizzazione, la delibera aziendale di approvazione del Regolamento dà mandato ai Direttori di Zona di approvare con propria Determinazione un documento zonale, denominato Protocollo Operativo, che descriva le moda-

lità di lavoro - in termini di gestione dei flussi documentali e informativi - che ciascun attore coinvolto nel processo di presa in carico della persona non autosufficiente dovrà adottare e attuare in maniera coordinata per garantire la correttezza ed il rispetto dei tempi del procedimento amministrativo e dei diritti degli interessati.

7.3.1. L'equipe multidisciplinare

Per quanto attiene alla definizione degli **attori** protagonisti di ciascuna fase, in questa sede è forse interessante sottolineare due peculiarità del Regolamento, con riferimento agli attori *equipe multidisciplinare* e *referente zonale di lista*. Il primo è il caso di un attore presente in tutte le Zone e introdotto dal momento dell'implementazione dei modelli organizzativi per l'impiego del Fondo per la Non autosufficienza: la normativa però non entra nel merito dell'equipe dei professionisti competenti della valutazione del bisogno, di fatto non distinguendola dall'UVM; il Regolamento invece le attribuisce una sua propria dignità organizzativa all'interno del modello e con ciò anche specifiche modalità operative, competenze e responsabilità, ad esempio in riferimento alla raccolta dei dati in fase istruttoria e alle indicazioni all'UVM per la elaborazione del PAP.

7.3.2. Il referente di lista

Il *referente di lista* è invece un attore introdotto dal Regolamento sin dalla sua prima applicazione sperimentale: si tratta dell'operatore che acquisisce dal *case-manager* i dati necessari all'inserimento nella lista di priorità dell'interessato che ha sottoscritto il PAP residenziale a tempo indeterminato. Tale acquisizione strutturata sulla base di una specifica *scheda di trasmissione dati* dà luogo ad un'attività complessa, da parte del referente, finalizzata all'aggiornamento continuo della lista sulla base degli eventi con ricadute di natura amministrativa che coinvolgono tutte le persone inserite in lista (ad esempio: rinuncia al PAP o al voucher, decesso, assegnazione del voucher, mancata comunicazione della RSA scelta entro i termini previsti dalla normativa, ecc...). Il referente di lista dunque:

- gestisce la lista con aggiornamento quotidiano dei dati su apposito applicativo informatico (si veda paragrafo 6.4);
- è responsabile della veridicità della lista, che stampa e firma;
- estrae dall'applicativo informatico i dati di rilievo statistico per il supporto decisionale alla direzione di Zona distretto e all'UVM;
- fa parte del GdL permanente aziendale per il monitoraggio dell'attuazione del Regolamento;
- collabora e lavora in integrazione con il personale amministrativo di Zona per la gestione dei procedimenti legati all'erogazione dei titoli di acquisto.

7.3.4. La distinzione tra verbale UVM e PAP

Per quanto attiene ai **supporti informativi**, preme qui sottolineare che il Regolamento – in linea con la necessità di strutturare il processo professionale anche dal punto di vista del procedimento amministrativo - ha voluto in particolare porre l'accento sulla struttura formale del PAP e sulla necessaria distinzione tra PAP e verbale dell'UVM legato al singolo PAP. Il primo inteso quale documento sottoscritto da tutti i presenti alla seduta UVM dal quale emergano in particolare le motivazioni delle decisioni prese:

- a) requisiti oggetto di analisi;
- b) elementi oggetto di discussione nel contesto dell'UVM;
- c) riferimento alle indicazioni professionali per la redazione del PAP formulate dall'equipe;
- d) motivazioni della eventuale deroga, particolari bisogni e circostanze oggettive che rendono appropriato un PAP residenziale, non valorizzabili con il solo impiego degli strumenti di valutazione ordinari, con particolare riferimento al burn-out del familiare.

Il secondo inteso quale documento sottoscritto dal Coordinatore UVM e da far sottoscrivere all'interessato, nel quale devono essere esplicitati tutti gli elementi che definiscono la decisione presa dall'UVM e gli obblighi e i diritti di servizi territoriali e dell'interessato:

- a) tipologie di servizio o intervento ritenute appropriate per il bisogno rilevato;
- b) obiettivi da perseguire e risultati attesi;
- c) modalità e tempi di monitoraggio e rivalutazione;
- d) periodo di attuazione degli interventi;
- e) modalità di erogazione dei benefici;
- f) quota a carico dell'interessato del corrispettivo sociale del titolo di acquisto o sua compartecipazione al costo dei servizi domiciliari e budget a carico della Zona/SdS.

In questo caso il Regolamento stabilisce dei principi che però allo stato attuale non trovano supporto nella realtà operativa dalla piattaforma informatica regionale con la quale i servizi sono chiamati a gestire il processo. C'è quindi la consapevolezza di dover adattare necessariamente o la piattaforma o il modo con il quale i servizi la utilizzano in quella specifica fase del percorso.

7.3.5. La struttura del procedimento e l'introduzione di nuove fasi

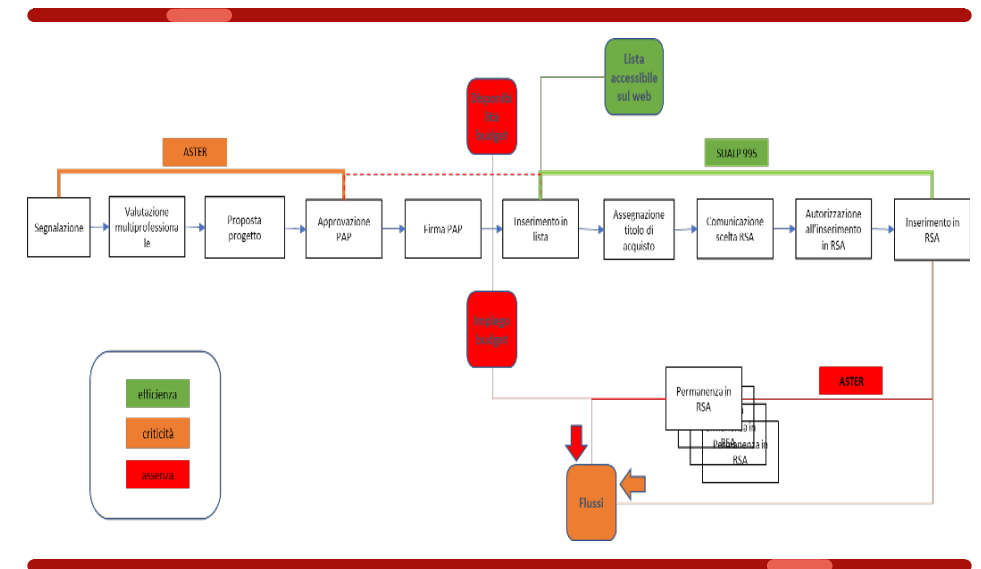
Per quanto attiene alla definizione delle **fasi del procedimento**, si sottolinea che il Regolamento – in linea con la necessità di rendere efficiente il processo di presa in carico e quindi rispettoso dei tempi previsti dalla normativa - introduce la fase "*Indicazioni per il progetto*", di competenza dell'equipe multidisciplinare, la quale, sulla base della valutazione professionale, formula una propria "proposta" di progetto utilizzando il campo apposito nella Scheda di valutazione sociale (che di fatto, nella logica del Regolamento, diviene un supporto attraverso cui è espressa la voce di tutta l'equipe da parte del case-manager Assistente sociale) che l'UVM può accogliere o meno ma che nel contempo consente all'equipe di completare l'istruttoria prima della seduta UVM raccogliendo la documentazione necessaria alla formulazione esaustiva del PAP.

Ulteriori elementi innovativi dal punto di vista amministrativo che vale, forse, la pena sottolineare attengono ai seguenti elementi:

- distinzione tra le fasi *approvazione del PAP* e *firma del PAP* e introduzione di una fattispecie di sospensiva amministrativa: la normativa regionale non individua i due momenti, i quali d'altra parte possono essere anche distanti temporalmente; essendo però il PAP un contratto, non può intendersi perfezionato sino alla firma di accettazione da parte dell'interessato e quindi non può intendersi conclusa la fase della progettazione personalizzata, con tutto quello che ciò comporta nel calcolo della tempistica del procedimento;
- co-occorrenza temporale delle fasi *firma del PAP* e *inserimento in lista di priorità*: il riconoscimento del diritto al voucher è contestuale alla sottoscrizione del PAP da parte dell'interessato e ciò comporta un'organizzazione efficiente per il passaggio dei dati al *referente di lista*;
- un diverso procedimento tra assegnazione voucher e inserimento in lista: mentre per la normativa generale (LR 66/08 e DGRT 370/10) la fase finale del procedimento di presa in carico consiste nella erogazione del servizio e quindi nell'inserimento in RSA, il Regolamento considera quale erogazione del servizio l'assegnazione del voucher di libera scelta, imputando i tempi necessari all'inserimento in RSA ai tempi necessari per l'attuazione del principio della libera scelta della RSA disciplinati dalla DGRT 995/16 e che per questo non possono essere annoverati, come di fatto, in regime di convenzionamento, accadeva prima della declinazione di tale principio, all'interno del procedimento disciplinato dalle LR 66/08 e DGRT 370/10.

7.4. L'infrastruttura a supporto dell'attuazione del Regolamento

La gestione dei vari aspetti del Regolamento è supportata dall'impiego di alcuni strumenti informatici. In particolare, il subprocedimento tra la segnalazione e l'approvazione del PAP è gestito attraverso la piattaforma regionale Aster, il subprocedimento tra la firma del PAP e l'inserimento in RSA è gestito attraverso l'applicativo SUALP 995 e l'attuazione del principio di trasparenza e di accesso alle informazioni relative al procedimento da parte degli interessati è gestita attraverso il SUALP 995 e le pagine web aziendali.



7.4.1. La piattaforma Aster

Introdotta presso tutte le Zone per la gestione del percorso della non autosufficienza con lo scopo di implementare i flussi di dati tra ASL Regione e Ministero sulla base degli RFC relativi ai servizi domiciliari e residenziali e ai tempi della presa in carico, nella sua versione attuale appare insufficiente a supportare la gestione di tale processo complesso. In particolare, sulla base delle analisi effettuate per l'attuazione del Regolamento, occorrerebbe che la piattaforma si comportasse in maniera più flessibile nella gestione dei tempi del procedimento, e supportasse gli attori nella distinzione tra PAP e verbale

UVM, nel calcolo delle quote a carico dell'interessato del corrispettivo sociale del titolo di acquisto e soprattutto nel monitoraggio continuo del budget per l'assegnazione dei voucher e lo scorrimento delle liste.

7.4.2. L'applicativo SUALP 995

Per la gestione delle liste, è stato introdotto a partire dal 2020, un applicativo web prodotto in economia e progettato con il contributo diretto dei *referenti zonali di lista*, con il quale è stato possibile sostituire il sistema sperimentale precedente della cartella excel impiegata a livello locale e trasmessa bimestralmente alla Direzione per il monitoraggio del Regolamento e l'elaborazione statistica. A partire dai dati di base forniti dall'Assistente sociale case-manager, l'applicativo consente:

- di calcolare automaticamente i punteggi di inserimento in lista;
- di garantire l'integrità e la correttezza formale dei dati inseriti;
- di obbligare il referente di lista e dunque gli attori tenuti a fornire a questo le informazioni;
- di inserire i dati relativi al processo di presa in carico necessari al monitoraggio dell'efficacia e dell'efficienza del Regolamento;
- di monitorare sistematicamente i tempi di attuazione delle fasi del procedimento e favorire la messa in atto delle azioni conseguenti da parte degli attori zonali;
- di elaborare statistiche di livello zonale e di livello aziendale, autonomamente accessibili da parte del referente di lista e della Direzione, per verificare l'attuazione del Regolamento e i dati relativi alla presa in carico (caratteristiche dei beneficiari dei voucher, motivazioni delle deroghe nel PAP, tempi di gestione, numero e caratteristiche dei presenti in lista, ...).

Il SUALP è uno strumento potente che si sta progressivamente sviluppando come un applicativo gestionale ed il cui impiego richiede competenza e sistematicità: l'organizzazione zonale pertanto deve essere strutturata per consentire a chi lo utilizza di disporre nei tempi adeguati di tutte le informazioni necessarie e, di contro, il referente di lista deve essere un operatore specializzato e dedicato quanto più possibile a tale complessa attività.

L'auspicio è che le funzioni al momento rivestite dal SUALP siano in futuro assorbite dalla piattaforma regionale di gestione dell'intero processo di presa in carico: questo consentirebbe di evitare passaggi di informazioni dall'esterno del sistema (di fatto con supporti non digitali) e soprattutto consentirebbe di impiegare e analizzare in maniera integrata informazioni che di fatto sono strettamente correlate.

7.4.3. La pagina per la trasparenza

Il Regolamento aziendale ha previsto la creazione, entro 90 giorni dalla sua approvazione, di una pagina accessibile dal web, presso la quale, nella garanzia della riservatezza dei dati personali, ciascun interessato può consultare l'esito del suo procedimento amministrativo, in termini di punteggio per l'inserimento nella lista di priorità, posizione in lista al momento della consultazione, numero di presenti in lista e punteggi parziali sui singoli requisiti che determinano il punteggio complessivo, con spiegazione di ciascun item di riferimento.

La pagina è stata attivata il 31 luglio 2023 e i dati a cui possono accedere i singoli interessati sono aggiornati al momento dell'accesso alla pagina stessa, perché direttamente forniti dal SUALP 995. A tale pagina l'interessato accede con il proprio CF ed una propria password creata al momento della firma del PAP e fornita dal case-manager all'interessato. Per creare la password il case-manager ricorre ad un apposito applicativo web a ciò dedicato prima o contestualmente alla firma del PAP.

Questa soluzione operativa consente al cittadino di avere informazioni aggiornate sulla propria situazione senza dover ricorrere a telefonate o richieste formali ai servizi territoriali ed è rispettosa della riservatezza dei dati personali di ciascun interessato, come garantito dalla condivisione di tale soluzione con il DPO aziendale.

7.5. Il percorso metodologico: sperimentazione, monitoraggio e revisione

L'elaborazione del Regolamento aziendale è iniziata nel 2017 come oggetto di lavoro di uno specifico gruppo afferente alla Direzione dei Servizi sociali e formato da Assistenti sociali rappresentanti di ciascuna Zona. A questo gruppo mono professionale si sono aggiunti una rappresentanza di infermieri ed un amministrativo.

Il Regolamento sperimentale è stato approvato a dicembre 2017, dopo un percorso di test interno, di condivisione con i Responsabili U.F. Assistenza Sociale, i coordinatori sociali, i coordinatori UVM e i Direttori di Zona e di approvazione successiva in sede di Conferenza Aziendale dei Sindaci. Il Regolamento presentava:

- una parte facoltativa per le Zone relativa ai criteri per l'approvazione del PAP residenziale (paragrafo 6.2);
- le istruzioni per la compilazione della Scheda di Valutazione Sociale, che vanno ad integrare quelle regionali;
- i criteri per l'inserimento in lista di priorità;
- la scheda infermieristica con la definizione dei punteggi per i singoli items e i cut-off per la valutazione dell'intensità assistenziale;
- gli eventi rilevanti per l'aggiornamento della lista.

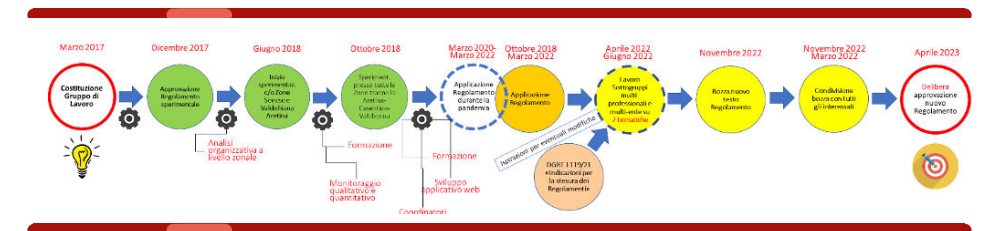
Dopo un periodo di passaggi nelle Conferenze Zonali Integrate e presso gli organi delle SdS, le Zone hanno progressivamente avviato la sperimentazione, con l'eccezione delle Zone Aretina, Casentino e Valtiberina, trasformando le liste di attesa vigenti in *liste di priorità*, dopo aver attribuito i punteggi sulla base dei nuovi criteri a tutte le persone già presenti nelle liste.

Oltre alla figura organizzativa del referente di lista, presente da subito, nel 2018 è stata anche introdotta la figura del Coordinatore professionale per l'attuazione del Regolamento, dedicata in particolare a garantire l'omogeneità della valutazione sociale attraverso un impiego corretto della Scheda secondo le istruzioni allegate al Regolamento. Nel 2018 e poi nel 2019 sono state effettuate due edizioni di formazione destinate agli Assistenti sociali e agli infermieri, che hanno visto coinvolti professionisti anche degli enti locali, in occasione delle quali tutti gli Assistenti sociali di tutte le Zone, formando

gruppi misti, hanno proceduto alla valutazione sociale, alla valutazione infermieristica e all'attribuzione dei punteggi a casi di studio sui quali si sono poi reciprocamente confrontati.

Soprattutto nel 2019, prima della crisi pandemica, il GdL aziendale, sulla base di uno specifico *Piano Valutativo* elaborato dal medesimo GdL supportato da un consulente, ha effettuato monitoraggi bimestrali dell'attuazione del Regolamento analizzando sistematicamente e collegialmente le statistiche derivanti dai dati inseriti nell'applicativo excel e le situazioni critiche presentatesi nella gestione operativa e professionale.

Nel corso del 2020 e del 2021 le Zone, grazie al supporto del nuovo applicativo web SUALP 995, hanno potuto applicare in maniera sistematica il Regolamento, senza che il sistema, nonostante la crisi pandemica, denunciasse cedimenti. La Comunità professionale - strutturata attraverso il coordinamento del GdL aziendale, i coordinatori professionali, le circolari del Direttore dei Servizi sociali sull'impiego della Scheda di Valutazione Sociale e la precedente formazione a tappeto - ha continuato a supportare i professionisti laddove si presentassero variabili non ordinarie o criticità di interpretazione o applicazione.



Nel 2022 è stato avviato il progetto per la revisione del Regolamento sperimentale. I professionisti del Gruppo di lavoro aziendale hanno declinato gli aspetti che sarebbero dovuti essere oggetto di riflessione ed eventuali revisione condivisa, intorno ai quali sono stati costituiti 7 GdL aziendali multiprofessionali e interistituzionali che hanno approfondito e fornito delle soluzioni agli aspetti critici. Con il supporto di un esperto giuridico, un formatore e un ingegnere gestionale, la Direzione dei Servizi sociali, dopo un percorso di condivisione con i Dipartimenti aziendali e i professionisti coinvolti, ha confezionato il testo definitivo e portato il Regolamento all'approvazione del Direttore Generale il 26 aprile 2023. La nuova versione:

- rende obbligatori per tutte le Zone i criteri già sperimentati per l'approvazione del PAP residenziale (paragrafo 6.2);
- introduce il burn-out del familiare come ulteriore variabile per l'approvazione del PAP residenziale;
- attribuisce maggior peso progressivo al tempo di permanenza in lista;
- introduce esplicitamente il concetto di PAP suppletivo da approvarsi entro 60 giorni dalla segnalazione in attesa dell'erogazione del voucher;
- definisce il procedimento amministrativo del processo di presa in carico e fornisce la relativa modulistica;
- disciplina l'uso dei voucher presso RSA fuori Regione;
- disciplina cosa accade alle persone già in struttura comunitaria al momento della valutazione;
- migliora la capacità di utilizzo della Scheda Infermieristica da parte dei professionisti sanitari e di impiego della medesima ai fini della definizione del punteggio di priorità.

All'approvazione è seguito un periodo di ulteriore diffusione e di approfondita formazione sugli aspetti amministrativi e operativi e su quelli professionali, con la formula già sperimentata delle giornate di formazione in presenza e a gruppi misti su casi di studio.

Prima del 1 giugno 2023 (*dead-line* di avvio del nuovo sistema), è stato aggiornato il SUALP 995 per renderlo coerente con le novità di contenuto e procedurali. Il 31 luglio 2023 è stato avviato il nuovo sistema per la trasparenza (paragrafo 6.4.3). Entro il mese di ottobre 2023 un GdL aziendale formato da professionisti della Direzione dei Servizi sociali, del Dipartimento Infermieristico e del Dipartimento Salute Mentale, licenzierà lo strumento strutturato di valutazione del burn-out del familiare (stress del care-giver) che dovrà essere adottato dalle equipe multiprofessionali.

7.6. Conclusioni

Per il Servizio sociale professionale l'elaborazione, l'attuazione e il monitoraggio del Regolamento ha costituito un'esperienza di crescita e sviluppo. Il Regolamento ha, infatti, perseguito degli obiettivi indiretti e trasversali di carattere prettamente metodologico:

- rimarcare la netta distinzione - temporale e di strumenti - delle due fasi di valutazione e progettazione;
- esercitare l'autonomia tecnico-professionale rispetto a scelte/decisioni di competenza di attori diversi;
- acquisire la consapevolezza che ogni scelta tecnico-professionale deve essere motivata e la motivazione deve essere mostrabile/dimostrabile;
- saper tradurre in forma oggettivizzata processi cognitivi di natura professionale affinché non appaiano «discrezionali»;
- adottare le scelte, osservarne gli esiti, ed eventualmente cambiare le scelte spiegandone i motivi.

Si tratta di un processo evolutivo, sia personale e professionale che organizzativo di sistema, tuttora in corso e che già da qualche tempo ha saputo mostrare i suoi frutti, anche presso i destinatari dei servizi: i contenziosi sono sostanzialmente svaniti, il numero dei presenti nelle liste è in media diminuito e, quando si osservano dei trend in crescita, il sistema riesce ad interpretarli.

8

Violenza e aggressioni contro gli Assistenti sociali

Recenti gravi episodi hanno rimesso al centro dell'attenzione mediatica il tema delle aggressioni agli operatori sanitari e sociosanitari. Un fenomeno già noto, che tuttavia, negli ultimi anni ha assunto dimensioni allarmanti, non solo per il numero delle aggressioni in costante aumento, ma anche per il livello di gravità.

Questo trend in crescita interessa anche gli Assistenti sociali e porta a valutare che, se in passato il fenomeno riguardava solo alcuni ambiti di intervento, oggi è invece diventato pervasivo interessando tutti gli ambiti e in modo particolare nell'area della tutela dell'infanzia e della marginalità adulta.

I dati raccolti da una ricerca svolta nel 2017 dell'Ordine Nazionale Assistenti sociali e Fondazione Nazionale Assistenti sociali "Conoscere per agire: il fenomeno dell'aggressività nei confronti degli Assistenti sociali" evidenziano l'ampia portata raggiunta dal fenomeno tanto da far concludere che 9 Assistenti sociali su 10 hanno subito una qualche forma di violenza. Emerge infatti che "nel corso della propria esperienza professionale solo poco più di un Assistente sociale su dieci (11,8%) non ha mai ricevuto minacce, intimidazioni o aggressioni verbali e ben il 15,4% ha subito una qualche forma di aggressione fisica. Con riferimento all'intero arco della vita professionale, un

terzo del campione (35.8%) dichiara di aver temuto per la propria incolumità o quella di un familiare a causa del lavoro”.

Questi fatti ci interrogano e sollecitano la realizzazione di adeguate misure di prevenzione e di contrasto.

Non possiamo continuare ad “essere spiazzati” di fronte agli eventi violenti nelle relazioni d'aiuto. Ormai il fenomeno è ampiamente documentato da studi internazionali e nazionali oltre a contare su numerose Direttive europee e norme sia a livello nazionale (D.lgs 81/2008, Raccomandazione n°8/2007 “Per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari” L. 113/ 2020, n. 113 Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell’esercizio delle loro funzioni) che regionali (DGRT 1176/2018 - Misure urgenti di prevenzione e contrasto atti di violenza a danno degli operatori sanitari e costituzione dell’osservatorio regionale).

Per quanto l'agito violento abbia sempre alla base una scelta da condannare di chi la agisce, dall'altro dobbiamo capire i motivi che hanno generato quella che possiamo definire una “alterazione nella relazione d'aiuto”.

L'aggressività, rabbia, violenza nei Servizi sociali e sociosanitari costituiscono un fenomeno complesso, a molte dimensioni e variabili e come tali implicano un approccio globale, con risposte complesse e di sistema. Intanto appare utile definire la violenza sul luogo di lavoro: “ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro (NIOSH - National Institute of Occupational Safety and Health).

L'Assistente sociale entra a pieno titolo tra le professioni ad alto rischio di stress e burn out in quanto professione ad alto contenuto relazionale, e in quanto tale ad alto rischio di subire atti violenti. Infatti come professionisti della relazione d'aiuto siamo a contatto continuo con persone con bisogni complessi legati a condizione di vulnerabilità, povertà ma anche disabilità, non autosufficienza e dipendenze. Sosteniamo persone con storie di vita spezzate da eventi traumatici, le accompagniamo anche quando la loro motivazione a stare in una relazione d'aiuto non c'è o non è sufficiente. Pensiamo alle famiglie disfunzionali e maltrattanti nell'ambito della tutela e all'attività di controllo anche su mandato dell'autorità giudiziaria.

In questa direzione è opportuno rafforzare la **dimensione professionale** degli Assistenti sociali nelle competenze di base ma anche nelle competenze specifiche per valutare i rischi e gestire gli eventi critici quando accadono (ad esempio tecniche verbali di de-escalation per disinnescare o abbassare il livello di una situazione esplosiva).

Ai fattori correlati alla dimensione strettamente professionale si sommano altri fattori di rischio che caratterizzano la nostra attività attinenti alla **dimensione organizzativa** ovvero come è organizzato il lavoro in termini di progettazione, organizzazione e gestione. Sono da considerare indicatori di rischio tutti i fattori che determinano stress, distress, burn out (elevato carico, lavoro sottoqualificato, precarietà e alto turn over, alta pressione emotiva, lavoro in urgenza con termini e scadenze non rispettabili, assenza di pianificazione e comunicazione insufficiente, organizzazione degli spazi e ambienti di lavoro, mancata applicazione delle norme di sicurezza, ecc.).

Il rischio di violenza e aggressione va inquadrato nell'ambito della normativa sulla sicurezza dei luoghi di lavoro e pertanto rientra tra i rischi di competenza del Sistema di prevenzione e protezione.

Ma commetteremmo un grave errore se, nel tentativo di leggere la complessità del fenomeno, non includessimo un ulteriore elemento di contesto, ovvero la **dimensione delle politiche sociali**.

La “desertificazione” delle politiche sociali, degli investimenti in servizi, a fronte di uno scenario socio-economico di aumento della povertà assoluta e relativa, della condizione di “vulnerabilità persistente” che interessa ampie fasce di popolazione, fino ad oggi estranea ai Servizi sociali, costituisce un importante fattore di rischio.

La capacità di leggere l'evoluzione dei bisogni diventa fondamentale per evitare quel “rimbalzo delle responsabilità” che esita in un invio del cittadino all'Assistente sociale come ultima possibilità di ricevere aiuto. In questo passaggio si consuma qualcosa che va oltre la relazione d'aiuto e la capacità professionale di gestirla: un corto circuito che ha a che fare con le aspettative del cittadino di ricevere una risposta concreta e immediata ai propri bisogni e la impossibilità dell'Assistente sociale, per vincoli oggettivi di risorse o per iter burocratici, di soddisfare quella aspettativa.

In questo senso “l’aggressività espressa appare come un indicatore “urlato” di qualità percepita come insufficiente da parte dell’utenza, ovvero una reazione (inadeguata e non funzionale) di difesa spesso suscitata da un senso di frustrazione rispetto alle proprie aspettative”. (La violenza contro gli Assistenti sociali in Italia a cura di A. Sicora e B. Rosina).

Il fenomeno delle aggressioni e della violenza agli Assistenti sociali è ancora ampiamente sommerso. I dati dimostrano infatti che solo una parte delle aggressioni verbali e fisiche subite viene segnalata alle autorità di pubblica sicurezza o al proprio ente (si stima rispettivamente nel 10,6% e 23,3% dei casi). Sono tanti i fattori che contribuiscono a rendere il fenomeno sommerso e non segnalato dagli Assistenti sociali: sottovalutazione dei rischi, atteggiamento giustificatorio, salvaguardia della relazione con la persona, e non ultimo il timore del giudizio che, l’essere stati coinvolti in tali situazioni, sia percepito come segno di incapacità quasi una sconfitta professionale.

Tra i fattori che scoraggiano la segnalazione va inclusa la scarsa fiducia verso le organizzazioni che la fa ritenere inutile. Spesso infatti si rileva una sottovalutazione degli episodi ritenuti meno gravi, come la violenza verbale, e non si mette in campo alcuna iniziativa concreta per aiutare il professionista.

L’episodio di violenza va trattato come evento sentinella, cioè un segnale di rischio e vulnerabilità, che richiede opportune misure di prevenzione e protezione per i lavoratori e le lavoratrici. Gli agiti violenti non vanno considerati come singoli episodi ma come una catena di eventi che si trasformano in costrizione per gli operatori nello svolgimento dell’attività.

Le aggressioni sono evitabili, è compito delle istituzioni prevenirle dotando gli operatori delle condizioni e degli strumenti. Ciò può avvenire solamente in un quadro istituzionale e organizzativo all’interno del quale vi sia una reale sintonia tra i diversi livelli coinvolti, in particolare tra livello politico e livello operativo.

Tra le azioni cardine, diffondere una politica di tolleranza zero verso atti di violenza, la formazione continua e quella specifica sulla sicurezza resa obbligatoria per tutti gli Assistenti sociali, la definizione da parte delle organizzazioni di Piani di prevenzione e controllo che prevedano la rilevazione degli eventi e procedure per la gestione delle segnalazioni. Più in generale appare strategico promuovere modelli organizzativi dei servizi orientati al benessere

organizzativo e alla sicurezza (la dotazione organica, le sedi, l’informazione sui servizi, la modalità di accoglienza).

In questa direzione la piena applicazione del Leps “Potenziamento del Servizio sociale Professionale” e del Leps “Supervisione del personale dei Servizi sociali” devono considerarsi strettamente correlati alla prevenzione della violenza a danno degli Assistenti sociali.

Non ultimo, è opportuno prendersi cura del professionista che subisce violenza, con protocolli che prevedano percorsi di segnalazione definiti per garantire supporti legali e psicologici, con trattamenti appropriati per aiutare le vittime a superare il trauma subito e per prevenire i futuri episodi.

Per concludere, qualificare la professionalità, sostenere le organizzazioni verso modelli orientati al benessere sui luoghi di lavoro e promuovere il miglioramento delle politiche sociali e sociosanitarie per dare risposte efficaci alle richieste d’aiuto provenienti da fasce sempre più ampie della popolazione sono i principali antidoti alla preoccupante crescita della violenza a danno degli Assistenti sociali.

Tale obiettivo implica Integrare le responsabilità di tutti i soggetti in campo, sfuggendo alla logica della colpa e dello scarico di responsabilità.

Come CROAS Toscana, in questo complesso processo di cambiamento, nel tentativo di assumersi la nostra parte di responsabilità, abbiamo avviato un piano di azioni, nel tentativo di assumersi la nostra parte di responsabilità. In primo luogo nell’ambito dell’Accordo di collaborazione con la Regione Toscana (Del. 1274/2021) abbiamo proposto all’Assessorato alle Politiche sociali un confronto finalizzato al monitoraggio dello sviluppo del fenomeno e al controllo dell’applicazione delle disposizioni normative.

In secondo luogo abbiamo sviluppato, un piano di sensibilizzazione rivolto a tutti gli iscritti all’Albo, allo scopo di sostenere il processo di emersione delle aggressioni.

Abbiamo costituito un Gruppo di lavoro permanente “Rischio professionale e violenza nei Servizi sociali e sociosanitari” all’interno della Commissione Consiliare etica e deontologica, aperto ad Assistenti sociali dei Comuni e dei Dipartimenti dei Servizi sociali delle tre Ausl. L’obiettivo che perseguiamo è

l'approfondimento delle esperienze sviluppate nei vari contesti organizzativi e la condivisione di buone prassi per la definizione di procedure, strumenti e proposte formative.

Si tratta solo di un inizio che, tuttavia, mette il tema della violenza a danno degli Assistenti sociali nell'agenda del CROAS Toscana come priorità da sviluppare, in collaborazione con i vari livelli istituzionali, con altri ordini professionali e con le rappresentanze sindacali. Un obiettivo non derogabile, nella consapevolezza che, nel perseguire la tutela degli Assistenti sociali, in ultimo si garantisce la tutela dei cittadini che accedono al sistema dei Servizi sociali e socio-sanitari.

Sintesi del Terzo Rapporto sui Servizi sociali in Toscana

Il Rapporto sui Servizi sociali in Toscana, giunto alla terza edizione, offre un ampio panorama relativo ai processi di rafforzamento dei sistemi di servizio sociali e socio-sanitari all'interno della regione, a partire – soprattutto – dalla strada intrapresa dal livello nazionale di riconoscimento e finanziamento dei livelli essenziali di prestazione sociale-LEPS, a oltre 20 anni dalla legge nazionale (L. 328/2000) che ne prevedeva l'istituzione.

Il lavoro curato dall'Osservatorio Sociale Regionale, partendo da una rilevazione sull'adeguatezza del numero di professionisti presenti nei diversi ambiti territoriali, si snoda con la centratura sulle opportunità offerte dai LEPS in relazione al sistema degli interventi e dei servizi offerti sui territori, con il potenziamento dei Servizi sociali, il Sistema dell'emergenza urgenza sociale e la supervisione.

Si prosegue con la presentazione di alcune interessanti iniziative sviluppate dai tre Dipartimenti Aziendali dei Servizi sociali di area vasta, in un'ottica di diffusione e condivisione di positive esperienze, per concludersi con contributo dell'Ordine degli Assistenti sociali della Toscana incentrato sulla violenza contro gli operatori, tema purtroppo di strettissima attualità.

Il Sistema Informativo dei Servizi Sociali

Il sistema informativo unitario dei Servizi sociali offre una lettura dell'organizzazione dei Servizi sociali all'interno degli ambiti territoriali, rilevando altresì le dotazioni professionali di personale. Con riferimento proprio a quest'ultimo aspetto, la banca dati delle professioni evidenzia che, a partire dal 2020, **è aumentato il numero di Operatori del Servizio sociale professionale assunti a tempo indeterminato dagli Enti gestori (+412)** e del totale comprensivo di coloro che sono contrattualizzati con soggetti diversi (+ 1.759): di questi ultimi, resta elevata la percentuale sul totale (80%), poiché solo gli Assistenti sociali sono in grande maggioranza dipendenti di coloro che esercitano la funzione socio assistenziale. Nel dettaglio, **gli Assistenti sociali sono passati dai 1.156 del 2020 ai 1.298 del 2022**; gli educatori da 1.260 a 1.679, OSS/AdB/OTA da 2.427 a 3.109, gli psicologi da 125 a 177, gli infermieri da 284 a 377. Tra le loro caratteristiche spicca la significativa prevalenza del genere femminile (in particolare nei ruoli di Assistente sociale, psicologo e infermiere) e di una età media superiore ai 35 anni.

Gli Assistenti sociali in servizio sono 1.298 (di cui 287 esternalizzati), con una media di circa 27 ore settimanali lavorate; nella categoria è significativa la diminuzione percentuale della quota di personale esternalizzato, dal 22 al 14%, riconducibile ai contributi destinati al potenziamento del Servizio. **Il rapporto tra Assistenti sociali e popolazione in Toscana è passato da 1/3.195 del 2020 a 1/2.813 del 2022.** È importante ricordare che questa proporzione, per quanto indicativa dello stato dell'arte del Servizio sociale professionale regionale, non è quella individuata dal livello essenziale di cui alla legge 178/2020, in quanto la normativa fa riferimento al solo personale dipendente a tempo indeterminato dell'Ente Gestore.

A tale proposito, **il consuntivo rilevato dal SIOSS riferito alla misura di potenziamento del Servizio** (dunque, come detto, ai soli Assistenti sociali assunti a tempo indeterminato da chi esercita la funzione socio assistenziale) **registra anch'esso un aumento importante. Dai 546,11 del 2020 siamo passati ai 568,02 del 2021 e ai 703,52 del 2022**, a testimonianza, come già rilevato, di come la misura a sostegno abbia inciso in modo significativo sulle assunzioni. **Il rapporto tra AA.SS. e popolazione in Toscana è passato da 1/6.717 del 2020 a 1/5.226 del 2022.**

Riguardo i servizi offerti, Segretariato, Servizio sociale professionale, integrazione al reddito e sostegno socio educativo territoriale e domiciliare sono erogati in tutti gli Ambiti; nella quasi totalità i servizi di mediazione culturale, assistenza domiciliare socio assistenziale. La modalità di gestione prevalente è quella diretta, attuata a livello dei singoli Comuni, associata, convenzione sociosanitaria, Società della Salute. **La media degli utenti del Servizio sociale professionale in Toscana si attesta sui 39,3/1.000 abitanti.**

Stato dell'arte in relazione ai livelli essenziali di prestazione sociale

I LEP (livelli essenziali di prestazione) sono i livelli minimi di servizio che devono essere garantiti a livello nazionale. Nell'ambito dei Servizi sociali prendono il nome di LEPS e sono definiti dalla Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato dei servizi e degli interventi sociali 8 novembre 2000, n. 328 e il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023.

Del **LEPS relativo al rapporto tra Assistenti sociali e abitanti di 1:5.000** si è già detto nella sezione relativa al sistema informativo; tra i LEP dedicati al servizio sociale è presente poi il **LEPS Supervisione** che ha come obiettivo contrastare il fenomeno di burnout tra gli assistenti sociali e, di conseguenza, offrire un servizio più efficiente agli utenti. Il LEPS è considerato attività essenziale e si giova di uno specifico finanziamento all'interno del Fondo nazionale politiche sociali, e con risorse PNRR in Toscana sono stati attivati progetti di supervisione che coprono 23 dei 28 Ambiti territoriali.

A partire dal 2017 in Toscana stata avviata la sperimentazione di un servizio di emergenza urgenza sociale, con progressiva estensione a tutto il territorio regionale, le cui caratteristiche del sistema rispondono già a quanto previsto dalla scheda tecnica LEPS sul pronto intervento sociale predisposta dal Ministero.

Il SEUS è un sistema-servizio di secondo livello a titolarità pubblica al momento attivo o in espansione in più ambiti in Toscana¹; è volto a garantire una risposta tempestiva a persone in situazione di particolare emergenza. Le sue

¹ Empolese Valdelsa Valdarno, Valdinièvre, Fiorentina nord ovest, Fiorentina sud est, Pistoiese, Pratese, Mugello, Senese, Bassa Val di Cecina Val di Cornia, Colline dell'Albegna, Amiata Val d'Orcia Val Di Chiana Senese, Amiata grossetana Colline metallifere Grossetana, Alta Val di Cecina Valdera, Alta Val d'Elsa, Livornese e Pisana ed in estensione tra 2023 e 2024 a Piana di Lucca, Versilia ed Aretina.

funzioni sono: realizzare la prima lettura del bisogno, attivare gli interventi indifferibili e favorire la presa in carico multidisciplinare. Per adempiere a questi compiti è stato costituito un numero verde unico regionale che raccoglie le segnalazioni di soggetti pubblici e privati e una Centrale Operativa che svolge funzioni di coordinamento e gestione degli interventi. **Nel 2022 il Servizio ha registrato circa 1.400 interventi**, in aumento rispetto agli anni precedenti anche grazie al progressivo processo di estensione del Servizio sull'intero territorio regionale.

Le esperienze dai territori

Il Tavolo dei Bisogni Complessi del Dipartimento dei Servizi sociali dell'Ausl Toscana Nord-Ovest

Il Tavolo dei Bisogni complessi nasce nel maggio 2023, si riunisce a cadenza mensile e riunisce i Dipartimenti dell'Ausl Toscana Nord-Ovest. Lo scopo è garantire un confronto diretto e partecipativo col territorio al fine di rivedere e efficientare le prestazioni e gli interventi relativi ai bisogni socio-sanitari dell'utenza più fragile. Il modo migliore per rispondere alle crescenti complessità nelle richieste dei cittadini non è attraverso il singolo ente ma attraverso una "rete di servizi" dove componenti sociali e sanitarie non solo sono strettamente correlate ma si evolvono in continuità strategica tra di loro. Questo Tavolo dunque punta ad implementare l'integrazione interdipartimentale attraverso tre punti: lo snellimento delle procedure di valutazione e presa in carico delle unità di valutazione UVM - UVMD; l'integrazione e la collaborazione tra gli enti socio-sanitari; il ruolo attivo di MMG e PLS alla valutazione.

La Programmazione territoriale sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale: l'esperienza dell'azienda sanitaria e delle otto Società della Salute della Toscana Centro

La Riforma del Sistema Sanitario Regionale Toscano (l.r. 84 del 28/12/2015), che ha costituito tre grandi nuove Aziende Usl e ha previsto un rafforzamento delle Zone distretto ha creato due necessità: allineare le tre Ausl mantenendo un equilibrio con le Zone distretto/SdS e bilanciare la programmazione

con le norme di politica sanitaria. All'interno dell'Azienda Usl Toscana Centro questi obiettivi vengono attenzionati attraverso un gruppo di lavoro, denominato "Ufficio di piano Aziendale", costituito formalmente con Delibera del Direttore Generale dell'Azienda Usl Toscana Centro, al fine di supportare gli Uffici di Piano zonali nella predisposizione dei Piani Integrati di salute (PIS) e dei Piani Operativi Annuali (POA). Sia la Direzione dei Servizi Sociali, la Direzione Sanitaria e lo Staff della Direzione Generale sono presenti in questo ufficio il che ha permesso di coordinare l'elaborazione di progetti e attività comuni a tutte le Società della Salute/Zone distretto. Ogni ambito lavora in autonomia ma in modo fortemente connesso e interdipendente a tutte le materie trattate.

Il Regolamento aziendale della Ausl Sud Est per l'accesso ai voucher di libera scelta delle RSA per gli inserimenti a tempo indeterminato

Con la Delibera di Giunta regionale n.995 del 2016 la Regione Toscana ha reso possibile ai cittadini destinatari di PAP di scegliere la propria RSA tramite l'uso di un voucher da usare presso le strutture accreditate.

Il Progetto regionale per l'assistenza continuativa alla persona non autosufficiente, introdotto dalla Delibera di Giunta n. 370 del 2010 definisce due criteri di accesso al PAP a carattere residenziale a tempo indeterminato: l'isogravità (ovvero l'elevato bisogno assistenziale) e l'adeguatezza ambientale. Tuttavia, l'esperienza sul campo degli operatori coinvolti nella valutazione ha ritenuto tali parametri insufficienti ad un'adeguata risposta per i cittadini nella definizione di una lista di priorità. L'Ausl Sud-Est ha raccolto con una ricerca queste esperienze e ne ha ricavato nuovi criteri di priorità, con un complesso sistema di criteri e punteggi: condizioni familiari, condizioni ambientali, isogravità, tempo di permanenza in lista e intensità assistenziale. Attenzionando questi elementi l'Ausl considera non solo le condizioni dell'individuo ma anche quelle della sua rete sociale valutando quanto e come i potenziali caregiver siano in grado di supplire alle necessità del singolo non-autosufficiente.

Violenza e Aggressioni contro gli Assistenti Sociali

Nel corso della propria esperienza lavorativa **9 assistenti sociali su 10 hanno subito una qualche forma di violenza** e ben il 35,8% del campione dichiara di aver temuto per la propria incolumità, o quella di un familiare, a causa del lavoro. Il fenomeno, tuttavia, è ancora perlopiù sommerso visto il basso tasso di denunce, dato da tre fattori: la sfiducia nella loro efficacia, il senso di fallimento professionale e la paura di rovinare il rapporto con l'assistito. Visti questi dati è comprensibile che quella dell'Assistente sociale sia considerata una professione ad alto rischio, con un alto tasso di stress, burnout e turnover.

Le aggressioni, sostiene l'Ordine degli assistenti sociali della Toscana, sono spesso dovute alla desertificazione delle politiche sociali che mettono in prima linea gli Assistenti sociali, inducendoli talvolta ad assumere ruoli e responsabilità improprie e a spiegare agli utenti l'impossibilità di offrire aiuto. Il fenomeno della violenza è dunque evitabile nel momento in cui ai professionisti vengono forniti gli strumenti, materiali, professionali, organizzativi e istituzionali, per rispondere alle esigenze degli utenti in maniera efficace e coerente.

BIBLIOGRAFIA

Allegri E., 1997, Supervisione e lavoro sociale, Carrocci, Roma

Allegri E., 2000, Valutazione di qualità e supervisione, Lint, Trieste

Bertotti T., Fazzi L., Rosignoli A., 2021, Il Servizio sociale: le competenze chiave, Carocci Faber, Roma

Bini L., Pieroni G., Rollino S., 2017, La supervisione nel Servizio sociale, Carocci, Roma

Bensi S., "Moral Distress e Servizio Sociale", La Rivista di Servizio sociale, 2, 2018

Bensi S., Barsanti S., Boldrini R., Colombini G., Sommati V., Pardini E., Il moral distress nella professione di Assistente sociale, Prospettive sociali e sanitarie, 2, 2023

Bisleri C.e al., 1995, La Supervisione, Angeli, Milano

Burgalassi M., Tilli C., 2018, La supervisione professionale nel Servizio sociale: gli elementi definatori della questione e una ricognizione sulla situazione italiana, Autonomie locali e Servizi sociali

Calore M., Carta A., Fralleoni A., Giuli L., Noci E., Tilli C. (a cura di) Riflessioni dell/nell'AIDOSS dal 2005 ad oggi, 2010, <http://files.logintest.webnode.com/200003401-43b8944b2a/Riflessioni%20dell-nell'AIDOSS%20dal%202005%20ad%20oggi.pdf>

Campanini A., Mirri A., 2022, Il servizio sociale d'urgenza. Gli interventi nelle emergenze sociali e familiari, Carocci, Roma

De Conno A., Caiolfa M. (2021), Uno a cinquemila, Welforum: <https://www.welforum.it/uno-a-cinquemila/>

Demetrio D., Fabbri D., Gherardi S., 1994, *Apprendere nelle organizzazioni*, La Nuova Italia Scientifica, Roma

Giarola A.M., 2006/2007, *Una ricerca sulla supervisione professionale agli Assistenti sociali*, Tesi di XX ciclo di Dottorato in Sociologia, Servizio sociale e scienze della formazione UNITS, <https://core.ac.uk/download/pdf/41171671.pdf>

Grandey, Alicia A., 2000, "Emotion regulation in the workplace: A new way to conceptualize emotional labor". *Journal of Occupational Health Psychology*. 5 (1): 59-100. doi:10.1037/1076-8998.5.1.95

Hochschild, Arlie Russell, 1983, *The managed heart: commercialization of human feeling*. Berkeley: University of California Press. ISBN 978-0-520-05454-7.

Merlini F., Filippini S. 2007, *La supervisione al servizio della valutazione: un'esperienza professionale in De Ambrogio U. et al L'Assistente sociale e la valutazione* pp 223-224, Carocci, Roma

Sicora A., 2021, *Emozioni nel Servizio sociale. Strumenti per riflettere e agire*, Carocci, Roma

Tilli C., *Spazio al tempo. significato e uso del tempo per gli Assistenti sociali, tra responsabilità e contesto organizzativo*, 2021, Ed Romatre-press, Roma <https://romatrepress.uniroma3.it/wp-content/uploads/2021/09/sign-tisa.pdf>

ACRONIMI

ACOT: Agenzia Continuità Ospedale Territorio

ATS: Ambito territoriale sociale

AV: Area Vasta

CNOAS: Consiglio Nazionale Ordine Assistenti sociali

CROAS: Consiglio Regionale Toscana Ordine Assistenti Sociali

CTC: Comitato tecnico di coordinamento

DGR: Delibera di Giunta regionale

DLGS: Decreto Legislativo

DPCM: Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri

DPO: Data Protection Officer

FNA: Fondo Non autosufficienza

FNAS: Fondazione Nazionale Assistenti Sociali

FNPS: Fondo nazionale Politiche sociali

GDL: Gruppo di lavoro

IACA: Indice di adeguatezza della condizione ambientale

LEA: Livelli essenziali di assistenza

LEPS: Livelli essenziali prestazioni sociali

LR: Legge regionale

MLPS: Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali

MMG: Medico di Medicina Generale

OAS: Ordine Assistenti sociali

PAP: Progetto assistenziale personalizzato

PDTA: Piano diagnostico terapeutico assistenziale

PIS: Piano Integrato di Salute

PIZ: Piano di Inclusione Zonale

PLS: Pediatra di libera scelta

PNRR: Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

POA: Programmazione Operativa Annuale

PUA: Punto unico di accesso

RFC: Remote function calls (Flussi dati in sanità)

RSA: Residenza sanitaria assistenziale

SDS: Società della Salute

SEUS: Servizio Emergenza Urgenza Sociale

SIOSS: Sistema informativo dell'offerta dei Servizi sociali

SIUSS: Sistema informativo unitario dei Servizi sociali

SOC: Struttura Organizzativa Complessa

SSR: Sistema Sanitario Regionale

UFC: Unità Funzionale Complessa

UVM: Unità di Valutazione Multidimensionale

UVMD: Unità di Valutazione Multidimensionale Disabilità

ZD: Zona distretto

ATTRIBUZIONI

Il testo è opera congiunta del gruppo di ricerca. Nello specifico, sono da attribuire a:

Silvia Brunori Introduzione, Premessa alla Sezione Seconda e cap. 4

Massimiliano De Luca par. 1., 1.2.1. e 2.

Luca Caterino par. 1.1. e 2.1.

Massimiliano Faraoni par. 1.2.2., 1.2.3. e 2.2.

Cristina Corezzi cap.3

Agnese Bardelli Premessa alla Sezione Terza e Sintesi del Terzo Rapporto

Laura Guerrini, Lorenzo Salvucci e Ilenia Frongia cap. 5

Rossella Boldrini e Lucia Mostardini cap. 6 (eccetto par. 6.3)

Rossella Boldrini par. 6.3

Patrizia Castellucci e Francesca Pecchi cap. 7

Rosa Barone cap. 8

Si ringraziano per la disponibilità e la collaborazione le colleghe ed i colleghi della Segreteria dell'Assessora Spinelli, del Settore Welfare e Innovazione sociale e di ANCI Toscana e Federsanità, le Direttrici dei Dipartimenti dei Servizi sociali delle Aziende Nordovest Centro e Sudest con le/i loro collaboratori e la Presidente dell'Ordine Assistenti sociali della Toscana.

Per il download di questa e delle precedenti edizioni del Rapporto consultare il sito:

<https://www.regione.toscana.it/osservatoriosociale/attivita/servizi-sociali/pubblicazioni>

OSSERVATORIO SOCIALE REGIONALE

Regione Toscana | Direzione Sanità, welfare e coesione sociale - Settore Welfare e Innovazione Sociale

“Le funzioni regionali finalizzate alla realizzazione di un sistema di osservazione, monitoraggio, analisi e previsione dei fenomeni sociali del sistema integrato, nonché di diffusione delle conoscenze, sono realizzate tramite una struttura organizzativa denominata osservatorio sociale regionale [...] Alla realizzazione delle funzioni [...] concorrono i comuni, tramite uno specifico accordo tra la Regione e il soggetto rappresentativo ed associativo della generalità dei comuni in ambito regionale, supportando le funzioni dell'osservatorio sociale in ambito territoriale” (L.R. 41/2005 “Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale”, art. 40).

