

QUARTO RAPPORTO SUI SERVIZI SOCIALI IN TOSCANA ANNO 2025



Regione Toscana



QUARTO RAPPORTO SUI SERVIZI SOCIALI IN TOSCANA

2025



Regione Toscana



Quarto Rapporto sui Servizi sociali in Toscana -
Anno 2025
Regione Toscana

Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale
Settore Welfare e Innovazione sociale
Osservatorio Sociale Regionale

Responsabile dell'Osservatorio Sociale regionale
è Alessandro Salvi (Regione Toscana - dirigente
Settore Welfare e Innovazione sociale)

Attribuzioni:

Il gruppo di lavoro OSR - Servizi sociali, coordinato da Silvia Brunori (Regione Toscana) e Luca Caterino (Federsanità Anci Toscana), è composto da Massimiliano De Luca, Marco La Mastra, Angela Vignozzi, Cristina Corezzi (Regione Toscana), Agnese Bardelli, Michelangelo Caiolfa, Andrea De Conno (Federsanità Anci Toscana), Rosa Barone, Sara Bensi (CROAS Toscana), Rossella Boldrini, Marisa D'Avino, Laura Ulivieri (Ausl Toscana Centro), Ilenia Frongia, Laura Guerrini, Martina Vannucci, Fabiana Orsi (Ausl Toscana Nord-Ovest), Patrizia Castellucci, Simonetta Feri, Francesca Pecchi Lorella Scirghi (Ausl Toscana Sud-Est).

Il testo è opera congiunta del gruppo di ricerca. Silvia Brunori e Agnese Bardelli ne hanno curato l'edizione.

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

Progetto grafico a cura di Osman Bucci, Sarah Graceffa

Quarto rapporto sui servizi sociali in Toscana: anno 2025 / [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 e Agnese Bardelli ; presentazione di Eugenio Giani ; prefazione di Serena Spinelli. - Firenze : Regione Toscana, 2025

1. Toscana <Regione> : Direzione Sanità, welfare e coesione sociale : Settore Welfare e innovazione sociale 2. Toscana <Regione> : Osservatorio sociale regionale 3. Brunori, Silvia 4. Bardelli, Agnese 5. Giani, Eugenio 6. Spinelli, Serena

3619455

Servizi sociali - Toscana - 2025 - Ricerche

ISBN 9791281783041

2025 - Osservatorio Sociale Regionale

Attività sviluppata nell'ambito dell'accordo di collaborazione tra Regione Toscana e Anci Toscana di cui alla DGR 171 del 27/02/2023 Progettualità 1 "Osservazione dei fenomeni sociali, monitoraggio ed analisi di impatto del sistema integrato a sostegno delle reti territoriali per l'inclusione e il contrasto alle povertà"

Per il download di questa e delle precedenti edizioni del Rapporto consultare i siti web:

<https://www.osservatoriosocialeregionale.it/pubblicazioni>

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





INDICE

INDICE	3
PRESENTAZIONE	5
PREFAZIONE	7
INTRODUZIONE	9
PARTE PRIMA	
<i>Le reti di welfare per innovare prassi organizzative e pratiche professionali di continuità</i>	11
1. I livelli essenziali delle prestazioni e gli obiettivi di servizio delle politiche regionali	13
1.1 Le riforme in corso	14
1.2 Il cosiddetto modello toscano	15
1.3 I servizi sociali in evoluzione	17
1.4 Concludere il tragitto e scongiurare la regressione	20
2. Il ruolo del Servizio sociale all'interno della riforma della sanità territoriale - dgr 1508/2022	23
2.1 I riferimenti normativi nazionali e regionali	24
2.2 Casa della Comunità (CdC)	26
2.3 PUA - Punto Unico di Accesso	27
2.4 La Centrale Operativa Territoriale (COT)	29
2.5 I risultati del percorso proposto	30
3. Il servizio sociale tra integrazione, multiprofessionalità e territorio: l'attuazione di alcuni Livelli essenziali delle prestazioni sociali	33
3.1 Il servizio sociale professionale	36
3.1.1 Gli iscritti all'Ordine degli Assistenti Sociali	36
3.1.2 Le nuove assunzioni: il potenziamento dei servizi sociali	38
3.1.3 Le altre figure professionali	40
3.2.1 Il LEPS Supervisione : cosa, come, per chi	44
3.2.2 Modalità operative	48
3.2.3 Il supervisore: obblighi e caratteristiche	50
3.2.4 Finanziamenti nazionali e regionali	51
3.2.5 Accompagnamento al LEPS Supervisione di Regione Toscana	54
3.3 LEPS Prevenzione dell'allontanamento familiare	56

3.3.1 Sperimentazione Percorso “Famiglie & Operatori insieme”	59
3.4 Presa in carico sociale/lavorativa	60
3.4.1 L'integrazione intersettoriale e la comunità di pratica	60
3.4.2 Le linee guida per l'integrazione sociale-lavoro	62
3.4.3 Le linee guida operative per le equipe multidisciplinari	63
3.4.4 Gli sviluppi futuri	64
PARTE SECONDA	
<i>Traiettorie e percorsi per il Servizio sociale</i>	67
4. Il Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2024-2026 e le Linee guida regionali	
4.1 La struttura del piano	70
4.1.1 Principi di fondo e trasversalità	70
4.2 I LEPS: la colonna vertebrale del Piano	76
4.3 Il Piano Sociale Nazionale	77
4.4 Piano nazionale per gli Interventi e i Servizi Sociali di contrasto alla povertà 2024-2026	81
4.5 Linee guida regionali per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2024-2026, DGRT 682 del 26/05/2025	85
4.5.1 Gli obiettivi delle linee guida regionali per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà	86
4.6 Linee guida regionali per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà e i Leps	88
4.7 Interventi e servizi in favore di persone in condizione di povertà estrema e senza dimora	92
5. Violenza e Servizi Sociali: aggressioni agli/alle assistenti, percorsi e processi di contrasto alla violenza istituzionale e alla vittimizzazione secondaria	
Focus: Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e Socio-sanitarie (ONSEPS)	
5.1 La violenza verso gli/le assistenti sociali	97
5.1.1 Approfondimento documentazione specifica sul tema	98
5.1.2 Rilevazione e dati	99
5.1.3 Rilevazione ed analisi delle strategie e prassi di prevenzione/fronteggiamento aggressioni	99
5.2 Cantiere sociale sulla violenza istituzionale	100
PRINCIPALI EVIDENZE DEL RAPPORTO	
BIBLIOGRAFIA	109
ATTRIBUZIONI E RINGRAZIAMENTI	111
IL NUOVO PORTALE DELL'OSSERVATORIO SOCIALE REGIONALE	113
OSSERVATORIO SOCIALE REGIONALE	115

PRESENTAZIONE

Curato dall'Osservatorio Sociale Regionale, questo volume offre un'analisi del sistema integrato dei servizi sociali e socio-sanitari della Regione Toscana. Lo sviluppo delle politiche in materia di servizi alla persona è oggi una questione fondamentale per i diritti di cittadinanza, per la pubblica amministrazione, per le organizzazioni dei settori non profit, per le professioni sociali.

La Toscana rappresenta un'esperienza di riferimento a livello nazionale e da tempo persegue gli obiettivi di integrazione tra sociale e sanitario, destinando a essi ingenti risorse e costante impegno. Siamo una regione che dispone di un capitale sociale diffuso sul territorio, in grado di fare fronte alle diverse emergenze che si sono presentate. E che concepisce le politiche sociali oltre l'ottica prestazionale, per andare incontro alle esigenze delle persone e delle famiglie che possono trovarsi in condizioni di vulnerabilità o esclusione sociale.

Le forti connessioni e i continui contatti - anche in termini di supporto e consulenza agli ambiti territoriali, ai Comuni, alle Aziende sanitarie, agli Enti del Terzo settore - consentono lo sviluppo di positive sinergie e innovative modalità di risposta ai bisogni, sempre più complessi delle persone.

Le puntuali analisi dell'andamento di alcuni tra i fondamentali livelli essenziali delle prestazioni sociali contenute nel Rapporto danno conto della quantità delle risorse e della qualità degli interventi e dei servizi realizzati affinché le risposte alle cittadine e ai cittadini, senza distinzione di genere, età o razza, possano essere le più efficaci possibile.

Insieme agli aspetti organizzativi, definiti nella declinazione toscana del DM 77/2022 di riforma della sanità territoriale, particolare attenzione è stata rivolta dagli assessorati regionali alla Sanità e al Sociale, alla migliore

integrazione tra le professioni del sociale e del sanitario, con il lavoro di équipe multiprofessionali nei casi complessi, al fine di operare in maniera sempre più qualificata e di stimolare la partecipazione delle cittadine e dei cittadini alla promozione e al mantenimento della loro salute, intesa come benessere psicofisico e relazionale.

Realizzare tutto questo non sarebbe possibile senza la competenza, la professionalità e l'intelligenza di tante e tanti professionisti quotidianamente impegnati in prima linea, che talvolta non vengono riconosciuti o addirittura aggrediti e ai quali rivolgo non solo un ringraziamento, ma anche un impegno a lavorare alacremente per aumentare la loro sicurezza e considerazione.

Eugenio Gianì

Presidente della Regione Toscana

PREFAZIONE

Il Rapporto sui Servizi sociali in Toscana, realizzato dall'Osservatorio Sociale Regionale, si conferma uno strumento prezioso per riflettere sul percorso compiuto, analizzare le sfide attuali e delineare le traiettorie future del nostro sistema di welfare regionale.

Gli ultimi anni sono stati caratterizzati da una profonda stagione di riforme che ha interessato sia l'ambito sanitario territoriale che quello sociale. A livello nazionale, il Decreto Ministeriale 77/2022 ha ridefinito modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale, rappresentando un atto normativo organico cruciale. Tuttavia, questi dispositivi di riforma si sono sviluppati finora in modo parallelo e non pienamente integrato. È emersa con crescente evidenza la necessità di un processo di integrazione sistemica e intersettoriale, in grado di generare una reale discontinuità e rispondere efficacemente alla complessità dei bisogni.

In Toscana, abbiamo raccolto questa sfida, lavorando al consolidamento di quello che definiamo il “modello toscano”; un approccio che mira a integrare istituzionalmente, programmaticamente, professionalmente e comunitariamente le organizzazioni territoriali. La DGR 1508/2022 e il nuovo Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale articolano ulteriormente questa visione. Siamo impegnati nel superare la settorializzazione degli interventi, avviando percorsi di risposta appropriati alla complessità delle esigenze, in particolare per coloro che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie, sociali e sociosanitarie.

Un pilastro fondamentale di questo processo è l'attuazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS), il cui ruolo chiave è riaffermato anche all'interno del nuovo Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2024-2026. Tra le priorità trasversali definite dal Piano nazionale, spiccano la coincidenza tra gli ambiti sociali, sanitari e del lavoro, il potenziamento degli uffici di piano, il rafforzamento della gestione associata degli ATS e il potenziamento delle équipes multiprofessionali, tutti elementi cruciali che la Toscana ha già infrastrutturato e che sta attivamente perseguendo.

Il Rapporto testimonia l'impegno della Toscana nel dare concretezza a questi obiettivi. Siamo lavorando per raggiungere i nuovi obiettivi di servizio per gli assistenti sociali, riconoscendo il loro ruolo centrale. Il servizio sociale territoriale è chiamato a svolgere funzioni che vanno oltre la sola tutela,

abbracciando dimensioni consulenziali, orientative e professionali nei complessi processi di presa in cura dei bisogni complessi. Si richiedono nuove competenze, dal management della transizione tra setting di cura alla gestione delle reti e al lavoro di comunità.

Un LEPS di particolare rilevanza, sia a livello nazionale che regionale, è la Supervisione del personale dei servizi sociali. Questo servizio, riconosciuto come diritto-dovere per i professionisti e obbligo per l'ente datore di lavoro, è fondamentale per sostenere il benessere degli operatori, prevenire il burnout e migliorare la qualità dell'intervento professionale. Sebbene finanziato in parte con risorse PNRR con orizzonte triennale, il finanziamento tramite il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali lascia presumere una erogazione strutturata e costante in futuro. La Regione Toscana sta accompagnando gli ATS nell'implementazione di questo LEPS, promuovendo confronto e condivisione tra professionisti.

Un'altra priorità nazionale e regionale è il rafforzamento dei Punti Unici di Accesso (PUA) e delle Centrali Operative Territoriali (COT). Il PUA è la porta di accesso integrata alla rete dei servizi sociali e sociosanitari, e stiamo lavorando per estenderne la competenza anche nell'ambito dell'inclusione sociale per persone in condizione di fragilità. La Toscana, in linea con le indicazioni nazionali ma con proprie specificità, sta integrando figure professionali come l'assistente sociale nelle COT, riconoscendo l'importanza di questa figura per garantire la continuità assistenziale.

Il Rapporto affronta anche sfide emergenti, come la necessità di potenziare le équipe multidisciplinari, la definizione di percorsi socio-lavorativi integrati per i soggetti vulnerabili, anche alla luce delle novità normative come l'Assegno di Inclusione, la collaborazione strutturale tra servizi sociali e servizi per l'impiego (ad esempio tramite ARTI e la promozione di One Stop Shop), e l'importanza dei servizi trasversali come il Pronto Intervento Sociale e il Segretariato Sociale.

Non meno importante è l'attenzione rivolta al contrasto alla violenza subita dagli operatori e ai processi di vittimizzazione secondaria.

Questi ambiti di lavoro richiedono non solo investimenti finanziari – che attingono a una pluralità di fondi e fonti di finanziamento – ma anche un costante impegno nel potenziare la capacità amministrativa degli ATS e nello sviluppo di sistemi informativi integrati per programmazione, monitoraggio e rendicontazione.

La Toscana è in prima linea in questo percorso di trasformazione. Siamo consapevoli della complessità, ma determinati a garantire l'esigibilità del diritto dei cittadini a ricevere servizi per la salute e il benessere sociale che siano realmente prossimi e integrati. Questo Rapporto non è solo un rendiconto, ma uno stimolo a proseguire con coraggio e innovazione, rafforzando le collaborazioni tra tutti gli attori del sistema di welfare regionale e nazionale.

Serena Spinelli

Assessora Politiche sociali,
edilizia residenziale pubblica
e cooperazione internazionale

INTRODUZIONE

Questo Rapporto è il risultato di un percorso di riflessione e approfondimento sollecitato da un lato dalle trasformazioni sociali ed economiche in atto, dall'altro da una rinnovata sensibilità politico-amministrativa. Esso si propone di analizzare le dinamiche e le declinazioni che il lavoro sociale ha assunto in Toscana negli ultimi anni, ponendo l'accento sulla sua evoluzione nel contesto delle politiche pubbliche e del sistema dei servizi.

Alla base di questo percorso vi è la consapevolezza di un legame sempre più stretto tra la conoscenza prodotta dalla ricerca e quella maturata attraverso la pratica professionale quotidiana. Due dimensioni – quella dell'osservazione territoriale e comunitaria e quella della rielaborazione critica del lavoro degli assistenti sociali – che si alimentano reciprocamente. Da un lato, infatti, la comprensione dei problemi e delle risorse dei territori sostiene una lettura più profonda dei bisogni sociali, dall'altro, il documentare e analizzare la prassi professionale contribuisce a innovare metodologie e approcci teorici, rafforzando la capacità del sistema di welfare di rispondere alle sfide contemporanee.

In questa prospettiva, l'attività di ricerca – svolta sia a livello individuale dagli operatori, sia collettivamente nelle reti professionali e attraverso il contributo dell'Ordine regionale – rappresenta un valore fondamentale. Essa consente di cogliere in modo più accurato i bisogni dei cittadini, orientare la programmazione politico-amministrativa e favorire una più ampia partecipazione democratica ai processi di costruzione del welfare locale.

Il quadro di riferimento è quello delineato dal Piano Nazionale per gli Interventi e i Servizi Sociali e dal PSSIR Toscana 2024-2026, che promuovono una visione sistemica e integrata dei servizi, fondata sulla progressiva definizione

dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS). Tali indirizzi mirano a rafforzare la struttura organizzativa degli ambiti territoriali, valorizzando al contempo il ruolo strategico dei Comuni e la collaborazione con il Terzo settore, nell'ambito di un "secondo welfare" che integra risorse pubbliche e comunitarie attraverso gli strumenti dell'amministrazione condivisa.

I contenuti di questa quarta edizione del Rapporto sui servizi sociali in Toscana nascono da queste premesse. Il volume dà conto di un processo di sviluppo delle professioni sociali costruito attraverso una programmazione partecipata e una stretta collaborazione con tutti gli attori del sistema di welfare, con l'obiettivo di promuovere percorsi abilitanti, rigenerativi e radicati nei territori, dove le persone vivono e chiedono servizi.

In questo contesto si inserisce anche il racconto di alcune azioni concrete di potenziamento della rete territoriale, come lo sviluppo della supervisione professionale, la prevenzione degli allontanamenti dei minorenni, l'integrazione tra servizi sociali e Centri per l'Impiego per favorire l'autonomia lavorativa e l'inclusione, o ancora il rafforzamento dei servizi essenziali. A corollario e completamento del quadro si sviluppo è inserito un contributo sul nuovo Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2024 - 2026.

La seconda parte del volume, realizzata in collaborazione con il Consiglio Regionale dell'Ordine Assistenti Sociali della Toscana, propone un approfondimento su concetti chiave per orientare le pratiche professionali verso modelli di cura partecipata, emancipatoria e minimamente intrusiva. In particolare, si affronta il tema della violenza istituzionale, analizzando i rischi connessi all'esercizio del potere nei contesti di aiuto; si dà inoltre spazio a percorsi condivisi avviati per prevenire e contrastare le aggressioni alle/agli assistenti sociali.

Nei servizi sociali, cura e giustizia sono dimensioni che si completano a vicenda. La prima si fonda sulla relazione, sulla fiducia e sull'ascolto; la seconda sulla garanzia di equità, diritti e regole. Tuttavia, se non bilanciate, possono generare derive: la cura può trasformarsi in controllo o paternalismo, mentre la giustizia può essere percepita come imposizione o distanza. È quindi fondamentale costruire un equilibrio in cui l'autonomia della persona sia rispettata, la partecipazione favorita e l'empowerment promosso. Citando Sanfelici (p. 76) *"Riconoscere l'intersezione fra le dimensioni della cura e della giustizia è cruciale per fondare visioni alternative ai progetti politici neoliberali e sovranisti, non di rado alleati nell'azione di smantellamento dello Stato sociale e nel consolidamento delle gerarchie sociali (di genere, di appartenenza nazionale, di prestigio legato alla ricchezza ecc.) dove la libera concorrenza e l'affermazione dei talenti sono di fatto privilegio di pochi"*.

A partire da queste riflessioni, il rapporto intende aprire nuovi cantieri di lavoro: idee, proposte e strumenti condivisi per orientare il sistema dei servizi sociali verso una maggiore giustizia sociale, relazioni più eque e comunità più coese.

PARTE PRIMA

**LE RETI DI WELFARE
PER INNOVARE PRASSI
ORGANIZZATIVE E
PRATICHE PROFESSIONALI
DI CONTINUITÀ**

1. I LIVELLI ESSENZIALI DELLE PRESTAZIONI E GLI OBIETTIVI DI SERVIZIO DELLE POLITICHE REGIONALI

Nel mondo dei servizi sociali e dell'integrazione a lungo si è sentita riecheggiare incessantemente una frase: 'dopo il 229 e la 328 ...'. Una frase ripetuta mille volte in ogni angolo del Paese, in ogni convegno, in ogni riunione, in ogni dialogo, in ogni momento in cui si rifletteva sul da farsi. Una frase ripetuta troppe volte e troppo a lungo, diventata un mantra, una nenia o anche, per tantissimi operatori impegnati, il 'canto di lavoro' di una gilda di artigiani/professionisti impegnati e sempre più delusi.

Il punto è stato che, dopo il 229 e la 328, non molto è accaduto di concreto in giro per il Paese. O meglio, tantissimo è nato per iniziativa di singoli operatori, organizzazioni, enti, che molte volte si sono trovati tra simili per perseguire le idealità e le finalità delle due riforme di inizio secolo; ma, a parte qualche iniziativa locale o regionale come per la Toscana, troppo poco è stato fatto per rendere queste pratiche dei sistemi stabili, diffusi, consolidati, normali.

Parole molto simili a queste sono state scritte per il ventennale della 328, che abbiamo trascorso in pandemia, e il prossimo 8 novembre saranno diventati 25 gli anni che ci separano dall'approvazione della Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. Nel frattempo, però, proprio la pandemia e il PNRR hanno completamente cambiato gli orientamenti delle politiche nazionali di settore, avviando finalmente un nuovo periodo di profonde riforme strutturali.

1.1 Le riforme in corso

Le Missioni M6C1 e M5C2 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) delineano tre riforme strutturali di rilevanza strategica, destinate a ridefinire profondamente l'architettura dei servizi sanitari territoriali, sociosanitari e sociali.

Il Decreto Ministeriale 77/2022 recante 'Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale', a livello nazionale, rappresenta il primo atto normativo organico dedicato alla configurazione della sanità territoriale dalla costituzione del SSN. Questo provvedimento istituisce, in modo analitico e vincolante, i presupposti strutturali, funzionali e organizzativi dell'assistenza territoriale, definendo standard, composizioni e parametri delle strutture operative. Si tratta di un passaggio fondamentale che colma un ritardo normativo di oltre mezzo secolo rispetto alla regolamentazione delle strutture ospedaliere, formalizzata per la prima volta dalla cosiddetta "Legge Mariotti" del 1968.

In ambito sociosanitario, la Legge Delega 227/2021 sulla disabilità e il D.Lgs. 62/2023 introducono una riforma sistemica che ridefinisce la condizione di disabilità, e disciplina le modalità di accertamento, valutazione di base e accesso ai sostegni nazionali, valutazione multidimensionale e Progetto di Vita, accesso integrato ai sostegni locali e budget di progetto. È attualmente in corso una fase sperimentale, estesa recentemente a tutto il territorio nazionale e prorogata di ulteriori dodici mesi.

Parallelamente la Legge Delega 33/2023 e il D.Lgs. 29/2023, incentrati sull'invecchiamento attivo e sulla non autosufficienza, istituiscono il Sistema Nazionale per la Popolazione Anziana Non Autosufficiente (SNAA), disciplinano la valutazione multidimensionale unica (VMU), i processi di integrazione in ambito domiciliare e residenziale, gli strumenti per la definizione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP) in materia, e promuovono l'introduzione di una prestazione assistenziale universale in via sperimentale.

Oltre alle riforme previste dal PNRR, il quadro degli interventi strutturali si arricchisce con l'introduzione dell'Assegno di Inclusione, evoluzione del percorso iniziato con il SIA e proseguito attraverso REI1, REI2 e Reddito di Cittadinanza. Istituito con il Decreto-Legge 48/2023 (convertito con Legge 85/2023), l'Assegno di Inclusione si configura come misura integrata di sostegno economico e inclusione sociale e lavorativa. La Legge di Bilancio 2025 (L. 207/2024) ne ha ampliato l'accessibilità, innalzando le soglie economiche per l'accesso e, conseguentemente, la platea dei beneficiari.

Nel 2024 è stato aggiornato il Piano Nazionale della Cronicità (PNC), con l'obiettivo di rafforzare la tutela delle persone con patologie croniche secondo una visione sistemica e di lungo termine. L'aggiornamento propone un modello assistenziale basato sulla stratificazione del rischio della popolazione, l'attuazione di percorsi preventivi, la definizione di piani di cura personalizzati e un sistema continuativo di monitoraggio e valutazione degli interventi, integrando i livelli specialistici e l'assistenza primaria.

Il Programma Operativo Nazionale (PON) 2021-2027 del Fondo Sociale Europeo Plus (FSE+) per l'inclusione sociale interviene su ambiti ad alta rilevanza strategica quali la povertà estrema, l'inclusione socioeconomica, la garanzia giovani e le misure sociosanitarie. Tali linee si intrecciano con le azioni del PNRR, in particolare quelle previste dalla componente M5C2, come nel caso dei

Centri Servizi per persone senza dimora e delle iniziative rivolte alle persone in condizione di alta marginalità sociale.

Se al Consultorio Familiare è almeno dedicato il Punto 13 del DM77/2022, in questo scenario emerge l'assenza di atti nazionali recenti e organici finalizzati al rinnovamento dei servizi di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche. Un vuoto normativo che, pur essendo suscettibile di evoluzioni imminenti, è oggi colmato unicamente da piani nazionali di settore e dalle conferenze nazionali a cadenza pluriennale.

Anche il versante sociale evidenzia una parziale frammentarietà normativa. Oltre alle leggi delega introdotte dal PNRR alcuni riferimenti importanti sono contenuti nella Legge di Bilancio 2022 (L. 234/2021), ai commi dal 159 al 171, che affronta tematiche cruciali quali la definizione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS), il ruolo degli Ambiti Territoriali Sociali (ATS), la funzione del Punto Unico di Accesso (PUA), nonché la connessione strutturale con l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) e il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI).

Il nodo centrale, sul quale è imprescindibile mantenere un confronto aperto e continuo è che, “dopo la 229 e la 328”, si è finalmente avviata una nuova stagione di riforme che interessa in maniera concreta sia l'ambito sanitario territoriale sia quello sociale. Purtroppo, però, i vari dispositivi di riforma sono stati caratterizzati finora da uno sviluppo parallelo e non integrato. Diventa quindi urgente un processo di integrazione sistemica e intersettoriale, in grado di generare una reale discontinuità rispetto alle pratiche del passato e di rispondere efficacemente alla complessità dei bisogni delle persone, delle famiglie e delle comunità.

In assenza di una reale ristrutturazione delle organizzazioni territoriali sarà difficile realizzare quel salto di qualità atteso da oltre vent'anni dagli operatori e dalle organizzazioni impegnate sul campo. Si rischia di replicare il destino delle riforme 229/1999 e 328/2000: impianti formalmente avanzati ma rimasti largamente inattuati nella loro componente più innovativa, ossia la costruzione di veri distretti sanitari e ambiti sociali capaci di dialogare strutturalmente tra loro. Una mancata attuazione non dovuta a una carenza di visione o conoscenza, ma alla insufficiente volontà di affrontare la complessità del cambiamento, con tutto ciò che comporta in termini di superamento dei silos organizzativi, redistribuzione di competenze, ridefinizione dei poteri, ridislocazione delle carriere, ristrutturazione degli assetti istituzionali consolidati.

1.2 Il cosiddetto modello toscano

La Regione Toscana si configura come un contesto privilegiato per alimentare un confronto avanzato sui percorsi di attuazione delle riforme sociosanitarie, perché il DM 77 è stato recepito da una DGR 1508/2022 impostata dichiaratamente sulla realizzazione del ‘Sistema integrato territoriale sociale e sanitario della Toscana’ - con questo titolo furono presentate nel novembre del 2022 le linee della delibera, allora in via di ultima redazione.

Durante la fase di elaborazione nazionale del DM 77, si era già manifestata con forza la necessità di superare una visione ristretta dell'assistenza sanitaria territoriale, riconoscendo l'urgenza di estendere la riforma agli ambiti sociosanitari e socioassistenziali. Tuttavia la complessità di una tale estensione, unita ai vincoli temporali stringenti imposti dal PNRR, ne ha impedito l'attuazione contestuale. L'esigenza di integrazione sistemica, però, sta riemergendo con evidenza crescente proprio in questo periodo, durante la prima implementazione della riforma, segnalando la necessità di un cambio di paradigma verso un sistema realmente evoluto e intersettoriale.

In questa direzione si colloca la DGR 1508/2022, chiaramente ispirata alla visione di una sanità territoriale integrata con il sociosanitario e il sistema sociale insita nel cosiddetto modello toscano. Si tratta di lungo percorso che affonda le sue radici nella LRT 72/1997, nel PSR 2002-2004 e nell'Atto di indirizzo 155/2003 per la sperimentazione delle Società della Salute (SdS); sistematizzato con la redazione congiunta delle LRT 40/2005 e 41/2005, poi consolidato con le modifiche del 2008 alla LRT 40/2005, e che ha trovato piena istituzionalizzazione nella riforma degli assetti sanitari e sociali del periodo 2014-2017.

Nel merito, la DGR 1508/2022 si sviluppa in una introduzione e sette sezioni:

1. **Lo sviluppo dell'assistenza territoriale attraverso il PNRR:** M5, M6, DM 77
2. **Il Distretto:** funzioni e standard organizzativi regionali: Gli strumenti di programmazione - Le Reti Territoriali Integrate
3. **I punti di accesso al sistema:** Il Punto Unico di Accesso - L'Unità di Valutazione Multidimensionale
4. **I luoghi di cura e i servizi:** Le Case della Comunità - Le Aggregazioni Funzionali Territoriali - L'Infermiere di Famiglia e Comunità, le professioni sanitarie nel e lo psicologo - Le cure primarie per la cronicità - Sanità d'iniziativa - L'Unità di Continuità Assistenziale - Gli Specialisti dell'Assistenza Territoriale - L'Assistenza Domiciliare Integrata - Gli Ospedali di Comunità - La rete delle cure palliative - Il consultorio
5. **Fabbisogno di personale e piani di formazione**
6. **Cronoprogramma**
7. **Modalità di governo e monitoraggio delle azioni di organizzazione**

Un piccolo esercizio di lettura della Delibera, condotta attraverso la lente interpretativa del rapporto tra Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS), può offrire spunti significativi per la piena attuazione del cosiddetto *modello toscano*.

- **LEA-LEPS di Erogazione.** Il Punto 4 della Delibera dedicata ai luoghi di cura e ai servizi, se interpretata in chiave integrata, impone la necessità di connettere il DPCM sui "Nuovi LEA" del 2017 – in particolare l'area sociosanitaria – con l'evoluzione dei LEPS, riattivati nel 2017 e consolidati prima dalla L. 234/2021 e dai tre Piani Nazionali (Sociale, Non Autosufficienza, Povertà), e poi dai decreti attuativi delle leggi delega 227/2021 e 33/2023. Realizzando così un'operazione di costruzione effettiva dei servizi integrati per bisogni complessi, capace di superare la semplice - a tratti un po' misera - contrattazione sulle sole compartecipazioni economiche;
- **LEA-LEPS di Processo.** L'affermazione secondo cui è necessario 'superare la logica delle prestazioni per andare verso quella dell'assistenza' non può restare un proposito astratto. Essa implica una revisione radicale dei modelli di presa in carico, che dovrebbero configurarsi come processi unitari e multidimensionali, capaci di accompagnare la persona lungo tutto il percorso assistenziale. Cambiare il modo con cui i servizi sanitari territori approcciano le persone con bisogni complessi, le loro famiglie e le comunità in cui abitano, diventa decisivo tanto quanto realizzare un buon intervento mono-specialistico. In tale direzione si colloca l'impegno del

settore sociale a definire Livelli Essenziali di Processo, che vanno coniugati con le previsioni dell'art. 21 del DPCM 'Nuovi LEA' del 2017 nell'ambito di quanto previsto dal Punto 3 della Delibera relativo agli accessi e alla valutazione;

- **LEA-LEPS di Organizzazione.** Il Punto 2 della Delibera dedicato al Distretto e alle funzioni e standard organizzativi regionali, affronta una delle dimensioni cardine della sanità territoriale rimaste in sospeso nel dibattito nazionale a partire dal D.Lgs. 229/1999. Una dimensione presente anche nella L. 328/2000 con gli ambiti sociali, e che la L. 234/2021 individua come riferimenti organizzativi per l'attuazione dei LEPS. La Toscana ha anticipato tale riflessione con un'azione riformatrice coerente sia in ambito sanitario che sociale, basata sulla perfetta coincidenza dei due perimetri territoriali e sostenuta istituzionalmente dalle LRT 40 e 41 del 2005. Questa convergenza si è realizzata attraverso due forme associative peculiari: il consorzio Società della Salute e la Convenzione Sociosanitaria, che hanno consentito – almeno parzialmente – di perseguire la progressiva integrazione istituzionale, programmatoria, professionale, gestionale e comunitaria delle organizzazioni territoriali.

Se la DGR 1508/2022 viene riletta nel solco della graduale ma decisa affermazione del *modello toscano*, è possibile cogliere come la sua piena attuazione coincida con l'attivazione concreta di sistemi territoriali integrati, fondati su un'interconnessione strutturale tra dimensione sanitaria e sociale. Una traiettoria ora ulteriormente rafforzata dal nuovo Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale, che rappresenta l'approdo più maturo e sistemico di questo percorso, offrendo ulteriori elementi di coerenza, estensione e appropriatezza.

1.3 I servizi sociali in evoluzione

All'interno della brevissima disamina normativa offerta dai due paragrafi precedenti, abitano alcune dimensioni di assoluto rilievo che riguardano il cambiamento della richiesta di salute, l'esigenza di una conseguente evoluzione dei servizi, la spinta verso un'azione del servizio sociale non improntata unicamente alla tutela riparativa.

Da diversi decenni si osservano mutamenti strutturali nei fattori che determinano la domanda di salute, proveniente non solo dalle singole persone, ma anche dai nuclei familiari e dalle comunità. Sebbene con intensità e velocità differenziate, tali processi si sono intensificati nel periodo post-pandemico, rendendo più evidenti le fratture e le disfunzioni di un sistema ancora troppo ancorato a modelli prestazionali e settoriali.

La transizione epidemiologica ha profondamente modificato il quadro delle patologie prevalenti, con un passaggio dalle malattie infettive a quelle cronico-degenerative. Tale cambiamento ha comportato un incremento dell'età media alla morte e una nuova configurazione dei bisogni sanitari, con un numero crescente di persone che convivono stabilmente con malattie croniche, caratterizzate da fasi alterne di acuzie e stabilizzazione, e non suscettibili di guarigione definitiva. Parallelamente, l'Italia sta vivendo un fenomeno definito inverno demografico, caratterizzato dall'invecchiamento della popolazione, dal drastico calo della natalità e dalla crescente frammentazione dei nuclei familiari. La struttura demografica sta evolvendo da una forma a ogiva verso una "piramide rovesciata", con una popolazione sempre più anziana e una progressiva riduzione delle generazioni più giovani, particolarmente evidente nelle aree interne e rurali.

A questi andamenti si aggiunge l'accentuarsi delle disuguaglianze sociali e di salute, che appaiono intense, regolari e in continuo aumento. Le condizioni socioeconomiche – come reddito, occupazione, istruzione e accesso ai servizi – influenzano in modo determinante la salute degli individui. Inoltre, emergono nuove disuguaglianze di genere, generazionali e territoriali, che accentuano ulteriormente i divari di benessere e opportunità tra diverse fasce della popolazione.

Un'ulteriore dinamica rilevante è rappresentata dalla diffusione della povertà: nel 2023, oltre 2,2 milioni di famiglie vivevano in condizioni di povertà assoluta, coinvolgendo circa 5,7 milioni di persone. L'incidenza è particolarmente elevata tra le famiglie con almeno un componente straniero e tra i minori, il cui tasso di povertà assoluta ha raggiunto il livello più alto dal 2014. Oltre 2,8 milioni di famiglie erano sotto la soglia di povertà relativa.

L'intreccio di questi quattro processi ha prodotto una trasformazione radicale della domanda di salute, sempre più orientata a bisogni complessi, prolungati nel tempo e non immediatamente risolvibili. Oltre alla risposta alle urgenze e alle acuzie, emerge la necessità di strutture e servizi capaci di garantire percorsi continuativi e integrati, rivolti a persone con cronicità, multi-cronicità, disabilità, non autosufficienza e vulnerabilità sociale.

A fronte di questa evoluzione, è indispensabile corrispondere con un analogo cambiamento nella risposta dei servizi. In questo banale e ovvio passaggio risiede tutta la necessità e la difficoltà del momento attuale: passare dalle singole prestazioni a percorsi assistenziali complessi; organizzare risposte modulari e continuative nel tempo; coordinare in modo stabile servizi afferenti a titolarità diverse – sanità, enti locali, scuola, casa, lavoro –.

In questa prospettiva si colloca il DM 77/2022, che rappresenta un passaggio essenziale verso la costruzione di un'infrastruttura territoriale capace di rispondere a tali bisogni. Non è però sufficiente dotare i territori di nuovi presidi: è necessario che queste dotazioni si organizzino secondo processi assistenziali complessi e integrati, superando la frammentazione tra erogazioni. Il cambiamento avverrà solo quando le vecchie e nuove organizzazioni territoriali cominceranno a lavorare per processi assistenziali complessi rompendo le attuali catene erogative. E' questa la vera cifra fondante della DGR 1508/2022 della Toscana.

All'interno di questa trasformazione è coinvolto anche il servizio sociale territoriale, che per sua natura è vocato a leggere i bisogni nella loro complessità, sostenere la costruzione di percorsi di autonomia e integrazione, e favorire la collaborazione tra sistemi e professioni. Il servizio sociale è quindi chiamato ad accompagnare il cambiamento, assumendo una funzione trasversale e propulsiva nell'organizzazione dei nuovi sistemi territoriali integrati.

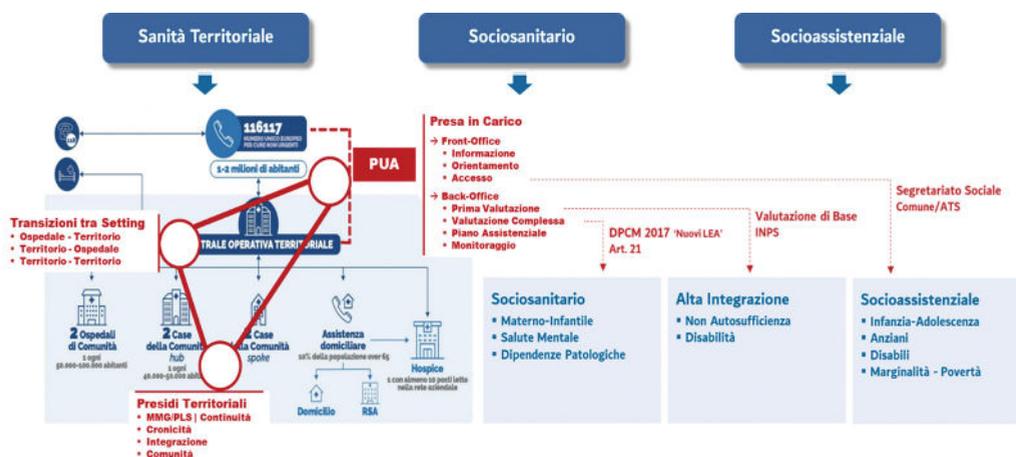
È possibile individuare tre elementi organizzativi principali su cui fondare il telaio dei servizi territoriali integrati: la Casa della Comunità (CdC), la Centrale Operativa Territoriale (COT), il Punto Unico di Accesso (PUA). Tra ottobre 2023 e febbraio 2024 si sono svolte quattro giornate regionali di lavoro sulle case della comunità e sulle centrali operative, i cui risultati hanno generato delibere operative e schede del nuovo piano regionale.

- **Casa della Comunità** - Nella visione toscana, rappresenta una decisa evoluzione rispetto alle precedenti Case della Salute. È concepita come presidio territoriale complesso fondato sull'integrazione strutturale di quattro aree organizzative: cure primarie, integrazione sociosanitaria, percorsi assistenziali, lavoro di comunità. La Casa della Comunità diventa così fulcro di una risposta territoriale evoluta, stabile e continuativa;

- **Centrale Operativa Territoriale** - Opera sulla transizione dei setting assistenziali secondo tre macro-flussi di attività: ospedale-territorio, territorio-ospedale, territorio-territorio. Il nucleo essenziale di lavoro della COT è basato sulla sequenza Ingressi > Destinazioni > Uscite > Tracciamenti. Per l'organizzazione toscana questo comporta il superamento della logica e delle procedure ACOT per aprire una dimensione più propriamente territoriale, potendo basarsi proprio sulla grande esperienza delle agenzie di continuità;
- **Punto Unico di Accesso** - Nelle norme nazionali non è definito solo come il sistema di accesso unitario ai servizi del territorio, in cui si organizzano le funzioni di informazione - orientamento - accesso, ma anche come sede del back-office in cui si svolgono in modo unitario le funzioni di prima valutazione, valutazione multidimensionale e progettazione individuale. Anche se in Toscana non è stato ancora oggetto di un lavoro specifico, il PUA si pone come il terzo elemento su cui organizzare i processi assistenziali verticali che portano dall'accesso alla costruzione di PAI integrati, da consegnare poi alla capacità organizzativa delle COT (territorio-territorio) per l'erogazione coordinata di interventi sanitari, sociosanitari e, sperabilmente, anche socioassistenziali.

La figura seguente (slide Agenas rielaborata) propone una lettura integrata del DM 77, arricchita dalle indicazioni del DPCM "Nuovi LEA" (art. 21), dalle riforme su disabilità e non autosufficienza, e dalle disposizioni nazionali sul rapporto tra LEPS e Ambiti Territoriali Sociali. Si tratta di un'interpretazione costruttiva del *modello toscano* della DGR 1508/2022, che trova ulteriore articolazione nel nuovo Piano Regionale.

FIGURA 1. LETTURA COSTRUTTIVA INTEGRATA DEL MODELLO TOSCANO DELLA 1508/2022



Seguendo la ricostruzione di questo quadro, emerge con sempre maggiore risalto come il 'servizio sociale territoriale' sia chiamato a svolgere funzioni che non sono confinate nelle sole azioni di tutela e protezione delle persone e dei nuclei familiari più fragili, ma coinvolgono almeno altre due dimensioni "del futuro": la promozione dell'autonomia e il sostegno dei nuclei familiari non fragili o vulnerabili.

All'interno di una vera organizzazione sanitaria e sociale integrata emergono con vigore le richieste globali di salute, che non vengono più segmentate dalle singole organizzazioni divisionali - i famosi silos - ma sono prese in carico e valutate subito nella loro effettiva complessità. Passare dalla logica prestazionale a quella assistenziale, complessa e di lungo termine, significa anche affrontare il tema dei percorsi di autonomia delle persone e dei nuclei familiari che vanno oltre le sole esigenze immediate di cura e tutela, e vanno interpretate secondo la loro possibile prospettiva di vita.

Anche per i nuclei familiari non in condizione di fragilità o di marginalità, si pone l'esigenza di organizzare la propria capacità di affrontare dei lunghi percorsi di cronicità, o di non autosufficienza, o di disabilità, o di sostegno alle capacità genitoriali o all'età evolutiva di ragazze e ragazzi.

In questi casi la richiesta è di trovare sostegno, supporto, accompagnamento, riferimento consulenziale, orientativo, professionale nei tanti e tanti snodi di questi processi di medio-lungo termine.

L'insieme di questi tre grandi vettori di trasformazione - il cambiamento strutturale delle richieste di salute, il cambiamento organizzativo delle risposte, il cambiamento delle finalità dei sistemi di servizi - porta il servizio sociale territoriale verso una prospettiva evolutiva di grande interesse per il futuro.

1.4 Concludere il tragitto e scongiurare la regressione

La breve articolazione di questo scritto cerca di intavolare alcuni dei temi principali che attraversano i vasti processi in atto nel nostro Paese.

L'inverno demografico, la transizione dei bisogni, le disuguaglianze, la povertà - con tutto il portato di fenomeni specifici che ciascun macro-processo comporta - fanno emergere nuove richieste di salute. Non sempre si tratta di bisogni inediti, ma di nuove forme con cui i bisogni interagiscono con le persone, i nuclei familiari, le comunità locali.

Le nuove richieste esigono risposte nuove: organizzate per processi integrati e complessi, rivolte al medio-lungo termine, finalizzate alle condizioni specifiche della persona e del suo contesto di vita (non più solo singole prestazioni, standardizzate e di breve durata).

Ciò implica un'evoluzione organizzativa che non si esaurisce nell'innovazione tecnologica e digitale, ma richiede il superamento degli attuali assetti frammentati dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali. Non possiamo più eludere - come accade da almeno 25 anni - il tema fondamentale della costruzione di sistemi territoriali integrati.

In questo senso, il *Modello Toscano* rappresenta un tentativo strutturato e coerente di interpretare e guidare questa evoluzione. La sua storia - dal 1997 a oggi - è segnata da una ostinata perseveranza normativa e operativa verso la costruzione del distretto sanitario, del sistema dei servizi sociali d'ambito, e della loro integrazione dentro una zona unica, una programmazione unica, una governance unica. Organizzazione territoriale e integrazione sociosanitaria sistemica ovviamente aperte e proattive verso le altre dimensioni essenziali dell'integrazione rappresentate dall'abitazione, l'istruzione, la formazione, il lavoro.

Il percorso ha attraversato fasi sperimentali, costitutive, di ripensamento e di nuova attuazione, per giungere oggi alla DGR 1508/2022 e alla proposta del nuovo Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale. Nell'ultima parte il tragitto è stato illuminato dall'avvio della costituzione dei LEPS (2017),

dalla loro articolazione in LEPS di erogazione e LEPS di processo e con una evocazione anche sui LEPS di organizzazione, dimensioni che per il modello toscano vanno coniugate con i corrispettivi LEA territoriali. Questo orientamento costituzionale assegna alla costruzione di sistemi territoriali integrati un significato ulteriore rispetto alla semplice capacità di erogare prestazioni appropriate ed efficaci, perché coniuga le capacità organizzative della sanità e del sociale con il diritto soggettivo dei cittadini alla piena esigibilità dei diritti generali alla salute e all'assistenza.

Se i bisogni di salute cambiano, devono cambiare anche i servizi: solo così i diritti costituzionali alla salute e all'assistenza diventano realmente esigibili.

In Toscana è forse giunto il tempo di portare a definitivo compimento un tragitto iniziato oltre venticinque anni fa, prima che le tensioni positive che lo hanno alimentato finora si frantumino verso direzioni divergenti, facendo compiere alla Toscana una sorta di 'rimbalzo all'indietro' negli anni '90. Concludere il tragitto significa consolidare un sistema territoriale integrato, equo e sostenibile, capace di affrontare le sfide del presente e del futuro.

2. IL RUOLO DEL SERVIZIO SOCIALE ALL'INTERNO DELLA RIFORMA DELLA SANITÀ TERRITORIALE - DGR 1508/2022

Premessa

La riforma della sanità territoriale, delineata dalla DGR 1508/22, ha sin da subito rappresentato una sfida significativa per il servizio sociale. Tale sfida è stata prontamente colta dai tre Dipartimenti di Servizio Sociale delle Aziende Sanitarie e dal CROAS Toscana, in uno spirito di collaborazione che rispecchia pienamente l'orientamento condiviso e la volontà di contribuire attivamente allo sviluppo di modelli innovativi del sistema dei servizi.

La scelta delle tre aziende sanitarie toscane e del CROAS Toscana per il Quarto Rapporto sui Servizi Sociali in Toscana – Anno 2025 è stata quella di presentare il documento intitolato “Il servizio sociale toscano alla luce della DGRT 1508/22”, punto di sintesi di un percorso ricco e stimolante di condivisione.

Il metodo utilizzato (*bottom up*) ha evidenziato le principali strategie di attuazione della riforma territoriale con particolare attenzione all'integrazione sociosanitaria sia a livello di programmazione che di attuazione degli interventi e dei servizi sul territorio, promuovendo percorsi innovativi di *welfare community* affinché la comunità e gli *stakeholders* siano coinvolti attivamente nel percorso di promozione della salute e di inclusione sociale.

I tre Dipartimenti di Servizio Sociale hanno, già da tempo, deciso di affrontare

insieme le sfide derivanti dalla crescente complessità dei bisogni sociali e sanitari, nonché dai rapidi cambiamenti di contesto (ad es. nuove politiche, trasformazioni socio-economiche, emergenze sanitarie, crisi climatiche e flussi migratori, altro). L'obiettivo condiviso è di sviluppare sinergie stabili, risposte integrate e coordinate basate su una visione comune dei percorsi e dei servizi destinati al benessere della persona.

In questo contesto, i tre Dipartimenti di Servizio Sociale rappresentano un valore aggiunto peculiare e significativo del sistema sociosanitario regionale nell'aver promosso un processo di collaborazione, di scambio, di co-costruzione di pratiche e di modelli innovativi, valorizzando esperienze territoriali da rendere patrimonio comune, sviluppando strategie condivise a sostegno dell'integrazione sociosanitaria.

Questo approccio è stato sviluppato anche grazie agli input provenienti dal livello regionale, in particolare dalle scelte di governance realizzate nella revisione del sistema sociosanitario.

Il percorso di confronto e condivisione ha portato al consolidamento e sviluppo, nel corso del 2024, di sinergie su diverse aree e tematiche (sistema informativo regionale, sistema di classificazione dei servizi sociosanitari e socioassistenziali, tavolo di confronto sulla violenza a danno degli assistenti sociali, check list delle commissioni multidisciplinari) tra le quali il percorso promosso dal CROAS sul ruolo del Servizio sociale all'interno della riforma della sanità territoriale (dgr 1508/2022).

Il documento che segue raccoglie il punto di vista professionale sulla sfida rappresentata dalla riforma della sanità territoriale ed è il frutto del lavoro di dialogo e confronto generativo della comunità professionale.

2.1 I riferimenti normativi nazionali e regionali¹

Il Decreto Ministeriale 77 del 2022 “Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”, derivante dalla Missione 6 del PNRR “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale” e della Legge 234/21, ha avviato un processo di innovazione che fa propri i principi della sanità d'iniziativa e della salute quale bisogno complesso che comprende tutte le dimensioni del vivere umano, un benessere bio-psico-fisico che non ignora l'importanza della comunità e dell'ambiente di vita.

Con questa concezione, il Decreto implementa i seguenti servizi:

- la casa di comunità;
- l'unità di continuità assistenziale (UCA);
- la centrale operativa territoriale (COT);
- la centrale operativa 116117;
- l'Ospedale di comunità;
- il rafforzamento della rete delle cure palliative e dei servizi consultoriali, oltre che di prevenzione;
- lo sviluppo di sistemi informativi, di qualità e trasversali.

¹ Vedi Capitolo 1.1 “Le riforme in corso”

La Delibera di Giunta della Regione Toscana 1508/22 “La programmazione dell’assistenza territoriale in Toscana in attuazione del Decreto del Ministero della Salute 23 Maggio 2022, n.77” fa proprio questo intento innovatore e aspira a fare del sistema toscano una struttura integrata di tipo sanitario, sociosanitario e sociale che si sviluppa su base territoriale attraverso una governance multilivello e interistituzionale che coinvolge Regione, Aziende Sanitarie, zone-distretto, Società della Salute, Comuni e Enti del Terzo Settore. Tale visione olistica della sanità, che sostiene un’integrazione sociosanitaria anche a livello normativo, programmatico, organizzativo e metodologico, mette i servizi sociali in un ruolo centrale.

In Toscana, tramite una revisione della normativa del Sistema Sanitario Regionale, la Direzione dei servizi sociali è stata inclusa nelle direzioni delle Aziende Sanitarie e dei dipartimenti dei servizi sociali nelle Aziende sanitarie con competenze tecnico professionale e la previsione delle figure dirigenziali in sanità assistenti sociali.

La norma 1508/22 riserva uno spazio particolare al tema dell’accesso ai servizi attraverso lo sviluppo di Punti Unici di Accesso (PUA) come primo luogo di individuazione e stratificazione dei bisogni dei cittadini e come rafforzamento delle Case di Comunità quali luogo di prevenzione e promozione della salute, di cura e continuità. La riforma, inoltre, impone la necessità di integrare i percorsi di accesso, accoglienza, informazione, orientamento e presa in carico a livello territoriale e non solo, favorendo l’interconnessione e l’interoperabilità tra COT, servizio di emergenza-urgenza sanitaria e sociale, Segretariato Sociale e PUA, Case della Comunità, Centri servizi/Stazioni di Posta e centri per le famiglie, ma anche Hospice e Ospedali di Comunità, servizi residenziali e semiresidenziali.

Il CROAS Toscana ha valutato questo contesto e il processo di riforma in atto l’opportunità per la professione di sviluppare nuove traiettorie di crescita. Definire il ruolo dell’assistente sociale all’interno del nuovo assetto socio-sanitario e sanitario rappresenta un obiettivo sfidante, raggiungibile solo attraverso il confronto inter e intra professionale.

Da qui la scelta di costruire un percorso formativo laboratoriale e sul campo. Uno spazio per condividere le sfide che la DGRT 1508/22 implica per la professione, per configurare un modello di servizio sociale rispondente al principio di integrazione LEA-LEPS e condiviso a livello regionale. Il raggiungimento di questo obiettivo non poteva prescindere dalla collaborazione con le Direzioni dei Dipartimenti dei Servizi Sociali delle tre Aziende USL Toscane, che hanno collaborato alla costruzione del percorso formativo. La formazione è stata riservata ad assistenti sociali referenti dei Dipartimenti dei Servizi Sociali e ad un assistente sociale per ogni zona distretto della regione.

Il percorso è stato strutturato in tre incontri che hanno affrontato le sfide principali della riforma:

- Casa della Comunità (CdC);
- Punto Unico di Accesso (PUA);
- Centrale Operativa Territoriale (COT).

Il percorso formativo ha visto la partecipazione di 109 assistenti sociali, che hanno approfondito insieme le proprie conoscenze normative e tecniche, per poi, attraverso lavori di gruppo partecipati, definire strumenti, matrici, strutture, metodi e modelli da aggiornare o implementare ex novo. La condivisione di risorse e criticità è stata rafforzata anche attraverso la conoscenza di sperimentazioni di altre regioni. Infatti il percorso ha previsto spazi di confronto con le regioni Piemonte, Lazio ed Emilia Romagna, portatrici di esperienze.

2.2 Casa della Comunità (CdC)

La Casa della Comunità è definita dal DM 77/22 come *“il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per i bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimenti [...] Nella casa della comunità lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale”*.

La Casa della Comunità diventa un posto ove garantire ai cittadini;

- l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria e sociosanitaria;
- la presa in carico complessa delle cronicità e delle fragilità;
- la valutazione multiprofessionale del bisogno della persona.

Si dividono in due categorie: CdC HUB e CdC SPOKE laddove le prime fungono da centro del servizio e le seconde da sue estensioni.

Per ogni 40-50mila cittadini è prevista una CdC che impieghi 7-11 infermieri, 1 assistente sociale e 5-8 unità di personale di supporto (socio-sanitario, amministrativo). Questa garantisce un'ampia gamma di servizi: presenza medica 24/7, presenza infermieristica 12/7, Punto Unico di Accesso, punto prelievi, servizi diagnostici volti al monitoraggio della cronicità con strumentazione diagnostica di base ma anche i servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza. Facoltativamente possono essere presenti anche attività consultoriali e rivolte ai minorenni, interventi di salute pubblica e programmi di screening.

Le CdC SPOKE invece fungono da supporto alle HUB con servizi più limitati: la presenza medica e infermieristica è garantita 12/6 e sono previsti i servizi diagnostici base nonché la continuità assistenziale, e il punto prelievi. Sono tuttavia garantiti servizi quali cure primarie, PUA, assistenza domiciliare di livello base, CUP, servizi infermieristici e specialistica ambulatoriale per patologie ad alta prevalenza.

Il modello organizzativo di prossimità su cui si basa è luogo di integrazione tra reti formali e informali, professionisti, risorse e servizi, LEA e LEPS. È inoltre compito fondamentale della CdC favorire politiche e interventi che riducano il grado di esposizione della popolazione al rischio di esclusione, emarginazione e disagio anche attivando servizi e modelli proattivi e di iniziativa.

Si delinea quindi un modello di rete, multidisciplinare, di prossimità e proattività basato sulle equipe multidisciplinari all'interno delle quali l'assistente sociale non può che ricoprire, date le competenze specifiche e la visione d'insieme sui casi che lo svolgimento della professione comporta, un ruolo centrale. Questa professionalità, infatti, è esplicitamente prevista dalla normativa e l'assistente sociale è definito quale: *“il professionista sociosanitario della CdC hub che agisce negli interventi di valutazione (o di rilevazione) degli aspetti sociali che influiscono sui bisogni di salute e nei percorsi integrati di presa in carico con attenzione alla persona, alla famiglia e al contesto di relazione e sociale nel quale è inserita e in rapporto all'ambiente. Si occupa: della lettura delle risorse e delle problematiche presenti in un dato territorio, della promozione di risposte comunitarie e partecipate; agisce nell'organizzazione e attivazione di processi di integrazione sociosanitaria, assicura raccordo tra i servizi sanitari e sociosanitari ed i servizi sociali”*.

Il ruolo dell'assistente sociale nella CdC implica alcune competenze e skills ritrovate e altre innovative a partire dal lavoro di comunità² fino alla facilitazione dei percorsi integrati e alla presa in carico della cronicità ovvero delle fragilità sociali e socio-sanitarie connesse alle malattie croniche che implicano percorsi continuativi, dinamici e flessibili. L'assistente sociale dunque appare non solo come *case manager* ma anche come *community* e *system manager* con competenze e capacità di lavoro integrato e di rete.

Viene evidenziata inoltre la necessità di una capacità di *advocacy* nei confronti della politica per far sì che l'assistente sia non solo attivatore e promotore dei progetti di vita ma sia soggetto attivo nella co-programmazione e co-progettazione nell'ottica di un'amministrazione condivisa con caratteristiche di rappresentazione e appropriatezza. Questo nuovo ruolo richiede tuttavia un aggiornamento degli strumenti professionali (colloquio sociale, visita domiciliare, supporto socio-educativo, counseling, accoglienza) per adattarli e svilupparli in un'ottica integrata e olistica in un processo che porti alla "riappropriatezza" del lavoro sociale di comunità. Allo stesso scopo, è necessario lo sviluppo di una formazione multiprofessionale congiunta che costruisca una visione e una metodologia comune in relazione a: percorsi di accompagnamento integrati, lavoro di comunità e management delle reti, stratificazione dei bisogni e programmazione.

2.3 PUA - Punto Unico di Accesso

Il PUA, secondo la definizione del DGRT 1508/22 è *“uno dei livelli base di cittadinanza sociale” e “rappresenta il modello organizzativo di accesso unitario e universalistico ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari finalizzato ad avviare, superando la settorializzazione degli interventi, percorsi di risposta appropriati alla complessità delle esigenze di tutela della salute della persona, rivolti in particolare a coloro che presentano bisogni che richiedano unitariamente prestazioni sanitarie e sociosanitarie e azioni di protezione sociale. Si configura, pertanto, come primo contatto a disposizione del cittadino finalizzato ad attuare pari opportunità d'accesso alle informazioni e ai servizi da parte di coloro che ne abbiano necessità”*.

Data questa definizione, i Punti Unici di Accesso si risultano immediatamente come interni e necessari alle future Case della Comunità toscane, elementi distintivi sia nel caso delle CdC HUB, in previsione di attività di prevenzione e promozione della salute a livello comunitario che nelle CdC SPOKE come opportunità di raccordo operativo per la continuità assistenziale in proiezione di opportune attività consultoriali e rivolte ai minorenni, di interventi strutturati di prevenzione e promozione della salute pubblica scelti in relazione alle caratteristiche della popolazione di riferimento.

Per quanto riguarda le CdC HUB nello specifico, le Linee di indirizzo per l'attuazione del loro modello organizzativo fornite da AGENAS descrivono il PUA come il servizio che svolge funzioni di accoglienza qualificata al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo alle persone garantendo risposta e accesso unitario ai servizi. Il PUA si colloca dunque nell'ambito del "welfare d'accesso" di comunità. Come definito nella Scheda LEPS PUA all'interno dell'acronimo il termine "unico" *“non assume il significato di “esclusivo”, ma di “unitario”*”.

² Già nel Convegno di Tremezzo (1946) il community work di ispirazione anglosassone diventa per il servizio sociale italiano metodo di sviluppo della democrazia, di responsabilizzazione della comunità, di partecipazione e informazione delle persone

Le attività del PUA sono articolate su due livelli:

1. **funzioni di front-office:** accoglienza della domanda e orientamento del bisogno, informazione e accompagnamento;
2. **funzioni di back-office:** prima lettura del bisogno e avvio della presa in carico, coordinamento e raccordo con le equipe multiprofessionali per le fasi successive della presa in carico.

Le equipe multiprofessionali devono essere composte da medici, infermieri di famiglia e comunità, assistenti sociali e tecnici. Sia i servizi garantiti dalle equipe che quelli relativi al back office devono essere garantiti con apertura oraria 8:00-18:00, 6 giorni su 7.

La creazione e promozione dei PUA territoriali, come citato nel Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2024/2026, ha finora prioritizzato il servizio nell'ambito dei servizi socio-sanitari rivolti alla non-autosufficienza e alla disabilità.

Questo, tuttavia, è da considerarsi un punto di partenza nello sviluppo del servizio che sempre di più negli ultimi anni sta estendendo la propria competenza anche all'ambito dei servizi rivolti all'inclusione sociale delle persone in condizione di fragilità e vulnerabilità. Una mancata progressione in questo senso porterebbe al mantenimento piuttosto che alla graduale eliminazione della separazione tra area sanitaria e area sociale, risultando nel mancato accesso unitario da parte delle persone a prescindere dalla natura del bisogno presentato.

È dunque necessario il coinvolgimento *bottom up* dei servizi presenti nella costruzione del modello organizzativo e del PUA, con azione di regia e indirizzo regionale, per offrire una formazione multiprofessionale congiunta e costruire una visione e una metodologia comune del lavoro.

Si rende dunque necessaria la costruzione di modelli organizzativi, strumenti e metodi operativi comuni al fine di garantire la continuità assistenziale con l'individuazione processi e linee operative quali, ad esempio, Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTAS) condivisi.

In particolare, sono state ritenute prioritarie:

- la conoscenza dei servizi e costruzione di relazioni con i soggetti e le risorse del territorio e lavoro di comunità;
- l'utilizzo di strumenti informatici e informativi che consentano il passaggio delle informazioni in tempo reale;
- l'utilizzo di strumenti condivisi per la rilevazione e valutazione del bisogno.

I percorsi di accompagnamento e cura gestiti dell'equipe del PUA dovranno inoltre prevedere diversi livelli di attivazione:

- **immediata** - con piano individualizzato di breve periodo mediante risorse e servizi dedicati ed attivabili dal PUA, attivare prime risposte ai bisogni attraverso PDTAS;
- **differita** - con piano individualizzato di medio/lungo periodo di competenza.

2.4 La Centrale Operativa Territoriale (COT)

La riforma della sanità territoriale introduce le Centrali Operative Territoriali (COT) con l'obiettivo di assicurare continuità, accessibilità e integrazione dei percorsi dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, coordinando tra di loro i servizi e i professionisti. La DGRT 1508/2022 definisce la COT come *“struttura deputata al coordinamento della presa in carico unitaria socio-sanitaria della persona e all'organizzazione del raccordo tra servizi e professionisti che operano nei vari setting assistenziali territoriali, anche tramite l'attivazione delle risorse necessarie e disponibili sul territorio in risposta ai bisogni espressi dai cittadini”*. La COT è primariamente luogo di gestione dei processi di transitional care: governerà la continuità tra setting a tre macro-flussi principali: ospedale-territorio territorio-ospedale, territorio-territorio, in raccordo con la rete ospedaliera, le Case di comunità e tutti i servizi sanitari, socio-sanitari e sociali presenti a livello di Zona-distretto, o Società della Salute dove presente.

In attuazione delle previsioni del DM 77 inoltre, tenendo conto delle dimensioni territoriali, in Toscana le COT saranno articolate su un doppio livello: COT zonali e COT aziendali. La COT zonale ha funzione di organizzare e coordinare la transizione delle persone residenti nella zona-distretto tra i diversi setting assistenziali e i diversi livelli organizzativi del sistema; la COT aziendale ha funzione di garantire la continuità operativa del sistema aziendale delle COT gestendo percorsi sopra-territoriali. Per quanto riguarda il personale addetto la stessa normativa prevede un minimo un coordinatore infermieristico, dai tre ai cinque infermieri e una o due unità di personale che garantiscano supporto logistico, amministrativo e di segreteria garantendo il funzionamento efficiente della COT. La DGRT 1508/22 ritiene tuttavia opportuno integrare il personale sopra-elencato con la presenza di un medico di comunità, di un assistente sociale ed eventualmente di un fisioterapista adottando come metodica la multiprofessionalità del team.

Regione Toscana, dunque, aggiunge la figura dell'assistente sociale all'interno delle COT per quanto la normativa nazionale non lo preveda. L'esperienza pregressa con le Agenzie di Continuità Ospedale Territorio (ACOT) già presenti sul territorio toscano, tuttavia, hanno permesso di rilevare in anticipo la necessità di questa figura per garantire ai pazienti in varie fasi di dimissione dal contesto ospedaliero e in condizioni di limitata autonomia la necessaria continuità terapeutica e assistenziale. In questa dimensione, quindi, l'assistente sociale necessita non solo di capacità di lettura del bisogno e di risposta ad esso ma di interazione con le altre professioni e con le necessità di organizzazione e gestione del sistema di cura nel suo complesso. L'assistente sociale è un nodo cruciale del lavoro di rete e di comunità: partendo dalla visione unitaria della persona e olistica della salute si candida alla stesura la realizzazione e il monitoraggio dei progetti personalizzati di cura mobilitando percorsi integrati con le risorse territoriali. Viene richiesta dunque all'assistente sociale operante in COT la partecipazione a processi di co-costruzione di percorsi socio-sanitari integrati di qualità, in particolare sulle situazioni complesse, per gestire globalmente il percorso di cura nonché per sviluppare percorsi in grado di rispondere a nuovi fenomeni e bisogni emergenti.

In questa fase di ricostruzione e ripensamento dei servizi la COT rappresenta un importante banco di prova per l'evoluzione professionale del servizio sociale chiamato ad agire un processo di rigenerazione e revisione dei suoi modelli, metodi, strumenti: investire nel lavoro con i gruppi, le comunità, i sistemi territoriali per favorire la creazione di legami, sinergie, connessioni tra le risorse formali, informali, primarie e secondarie, al fine di sostenere i percorsi territoriali di cura.

Emerge la necessità di ripensare e dotarsi di strumenti professionali univoci in tema di valutazione dell'appropriatezza della transizione, individuata quale funzione da sviluppare nel contesto specifico una specificità sociale, connaturata nei bisogni complessi.

All'assistente sociale dunque si richiedono nuove competenze quali:

- management della transizione tra setting di cura - “referente della transizione”;
- valutazione dell'appropriatezza della transizione, della coerenza della proposta di transizione rispetto alla tipologia di target, di complessità, e al percorso;
- Parte del ruolo dell'assistente sociale è individuare il setting di coordinamento più coerente al bisogno distinguendo l'attivazione di transizioni e attivazione di connessioni, sviluppando interazioni con le unità di valutazione (UVM/UVMD) e il sistema dei servizi;
- competenze di *system management* quali l'attività di monitoraggio, di reporting, la cura delle connessioni con le reti professionali, tra servizi, tra ambiti ed attori diversi del territorio - management delle reti.

2.5 I risultati del percorso proposto

Il percorso formativo cui questo testo ha fatto riferimento ha aperto il confronto tra gli assistenti sociali e ha permesso di elaborare in maniera condivisa riflessioni e traiettorie di sviluppo su modelli di intervento rispondenti ai principi di integrazione tra LEPS, LEA e centralità del cittadino nel sistema dei servizi. I tre incontri proposti, con il contributo di Regione Toscana e aperti alla partecipazione di altre Regioni, sono stati un'opportunità per accrescere consapevolezza e presa di responsabilità sulla centralità del servizio sociale nello sviluppo dei servizi con competenze ritrovate (come il lavoro di comunità) e nuove (es. integrazione multiprofessionale, management multilivello). Questo testo, dunque, ha perseguito l'obiettivo di riorganizzare i contenuti e le suggestioni emerse durante il percorso laboratoriale.

Si tratta di un primo passo che, nella complessità del processo di riforma, aiuta a contestualizzare le sfide che riguardano direttamente la professione dell'assistente sociale allo scopo di orientare adeguati processi di supporto al cambiamento in atto. Le scelte della Regione Toscana di un compiuto ed evoluto sistema sociosanitario lanciano una sfida alla professione e nello stesso tempo la investono di una grande responsabilità per rendere esigibile il diritto dei cittadini a ricevere servizi per la salute che siano prossimi, integrati e orientati alla continuità assistenziale.

Dal percorso effettuato emergono cinque principali metodi di attuazione:

- Riprendere a praticare “vecchi” ambiti di lavoro, come quello di welfare community e del lavoro rete, troppo spesso marginali nella pratica operativa, e connetterli a spazi innovativi, supportati da nuove competenze, metodi e strumenti;
- Riorientare la formazione continua a queste nuove finalità, un obiettivo strategico a supporto del processo di implementazione della riforma;
- Rinnovare e rafforzare le competenze relative al lavoro in equipe come dimensione multiprofessionale deputata alla valutazione e gestione di bisogni integrati complessi. Tali competenze dovrebbero essere acquisite sia nei percorsi formativi curricolari, che di secondo livello. Questo processo di costruzione di nuove dimensioni metodologiche ed operative, volte

a garantire diritti di salute, dovrà trovare supporto e spazio di elaborazione nelle università, allo scopo di sostanziare l'approccio prassi-teoria-prassi e sostenere una costante interazione tra conoscenza scientifica e conoscenza esperienziale;

- Creare una strategia multilivello che alimenti un raccordo interistituzionale tra l'Ordine professionale, sia a livello nazionale che regionale, la Regione, le organizzazioni in generale e, per lo specifico punto di osservazione, i Dipartimenti dei Servizi Sociali delle tre AUSL toscane, e le Università;
- Investire in processi di reciproco riconoscimento dei diversi profili professionali attori della riforma. Una scelta strategica da tradursi ai diversi livelli ad esempio con accordi di collaborazione tra Ordini e con protocolli operativi all'interno delle organizzazioni.

Di fronte alla complessità interistituzionale, organizzativa e operativa proposta dalla DGRT 1508/22 il servizio sociale si impegna a rinnovare le proprie competenze e capacità. L'assistente sociale che operi in un sistema integrato dovrà essere formato ed esprimere le seguenti abilità: lettura e analisi tempestiva del bisogno, management del sistema dei servizi nel suo complesso, delle reti e della comunità, governo dell'integrazione multidimensionale, multiprofessionale e dell'innovazione, linguaggio e metodologie comuni, anche allo scopo di rafforzare la rappresentazione professionale e il ruolo di advocacy, continuità assistenziale e transitional care e relativi strumenti di handover, co-programmazione e co-progettazione.

Allo stesso di tempo, vengono richieste conoscenze nel campo dell' advocacy, per migliorare il diritto alla salute dei cittadini includendo nella valutazione i determinanti sociali di salute e risposte integrate LEA- LEPS finalizzate da un lato a garantire equità di accesso a percorsi di cura e accompagnamento, con particolare attenzione alle disuguaglianze sociali e alle condizioni di disagio e/o vulnerabilità sociale; dall'altro a promuovere l'efficacia delle cure e l'accessibilità all'assistenza migliorando le capacità di gestione in condizioni di disagio e/o vulnerabilità o in contesti sociali difficili attivando percorsi tempestivi, ordinari o urgenti secondo criteri di appropriatezza.

di ripensare e dotarsi di strumenti professionali univoci in tema di valutazione dell'appropriatezza della transizione, individuata quale funzione da sviluppare nel contesto specifico una specificità sociale, connaturata nei bisogni complessi.

3. IL SERVIZIO SOCIALE TRA INTEGRAZIONE, MULTIPROFESSIONALITÀ E TERRITORIO: L'ATTUAZIONE DI ALCUNI LIVELLI ESSENZIALI DELLE PRESTAZIONI SOCIALI

La normativa attuale

Negli ultimi anni il legislatore è intervenuto ridisegnando gli orientamenti degli interventi in ambito sociale integrato, in un'ottica di innalzamento del livello qualitativo, dell'universalità e della razionalizzazione dei modelli di gestione, in particolare con la Legge di bilancio 2022 e il Piano Sociale Nazionale 2024-2026.

Legge di bilancio 2022

La legge (L. 30 dicembre 2021, n. 234, commi 159-171) definisce:

- il contenuto dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS), ovvero degli interventi, dei servizi, delle attività e delle prestazioni integrate che la Repubblica assicura con carattere di universalità su tutto il territorio nazionale per garantire qualità della vita, pari opportunità,

non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità. Tali LEPS trovano il loro riferimento normativo nella Legge di bilancio 178/2020, art. 1, commi 797 -802; sono finanziati dal Fondo povertà e coordinati attraverso Piano nazionale interventi e servizi sociali;

- l'individuazione degli ambiti territoriali sociali (ATS) quale dimensione territoriale e organizzativa necessaria in cui programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività necessarie per il raggiungimento dei LEPS, nonché a garantire la programmazione, il coordinamento e la realizzazione dell'offerta integrata dei LEPS sul territorio. Un successivo Decreto del ministero del lavoro e delle Politiche Sociali ha approvato le Linee guida per la definizione dei modelli organizzativi omogenei degli Ambiti Territoriali Sociali per l'Attuazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali, definendo gli orientamenti operativi utili al rafforzamento della gestione associata degli ATS. L'ambito territoriale, pertanto, rappresenta la sede principale della programmazione, concertazione e coordinamento degli interventi, dei servizi sociali e delle altre prestazioni integrate, attive a livello locale.

Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2024-2026

I destinatari del Piano Sociale Nazionale 2024-2026 sono famiglie con figli, persone con disabilità, anziani, giovani in difficoltà, persone senza dimora, caregiver familiari, donne vittime di violenza, beneficiari dell'Assegno di inclusione.

L'obiettivo del Piano non è solo quello di assicurare protezione e sostegno, ma di promuovere l'autonomia, l'inclusione e il benessere lungo tutto l'arco della vita, in un'ottica preventiva e generativa.

Il Fondo nazionale per le politiche sociali (FNPS) è lo strumento primario di finanziamento.

Nel corso del triennio, gli interventi previsti sono orientati sia al rafforzamento dell'organizzazione e della qualità dei servizi – attraverso la creazione di strutture come i Punti Unici di Accesso (PUA) integrati con il sistema sociosanitario – sia al consolidamento delle modalità di lavoro integrate e multidisciplinari, come la valutazione multidimensionale e la progettazione personalizzata.

Il Piano inoltre ribadisce l'importanza della supervisione professionale per sostenere la qualità e la tenuta dell'intervento, e valorizza la co-programmazione e la co-progettazione come metodi ordinari per costruire politiche efficaci.

Al centro della strategia del Piano vi è l'attuazione dei LEPS, tra cui l'accesso e la presa in carico, le dimissioni protette, i servizi per l'abitare e la vita indipendente delle persone con disabilità, la promozione di soluzioni abitative innovative come il co-housing o l'abitare supportato, a supervisione professionale degli operatori, la valutazione multidimensionale e la progettazione personalizzata, il pronto intervento sociale e il segretariato sociale come funzione di primo contatto e orientamento e il rafforzamento del servizio sociale professionale attraverso standard di dotazione organica.

Il LEPS Potenziamento del servizio sociale professionale prevede il raggiungimento di un operatore ogni 5.000 abitanti e un ulteriore obiettivo di servizio definito da un operatore ogni 4.000 abitanti.

A tale scopo è erogato un contributo così determinato:

- 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 a 6.500 abitanti e fino al raggiungimento del rapporto di 1 a 5.000;
- 20.000 euro annui per ogni assistente sociale assunto in numero eccedente il rapporto di 1 a 5.000 abitanti e fino al raggiungimento del rapporto di 1 a 4.000.

Il raggiungimento del LEPS di un assistente sociale ogni 5000 abitanti può essere sostenuto, oltre che dal complesso delle risorse del Fondo Povertà e del Fondo di solidarietà comunale anche con il concorso del PN Inclusione.

Il Piano promuove inoltre l'utilizzo di risorse informative e digitali, attraverso piattaforme come il SIOSS (articolato in: Banca dati dei servizi attivati e Banca dati delle professioni e degli operatori sociali), e il Portale per l'Analisi Sociale (PAS), che permettono di monitorare l'offerta, valutare i bisogni e programmare in modo più consapevole. Ricordiamo inoltre che il precedente Il Decreto legislativo n. 147 del 15 settembre 2017 ha previsto all'articolo 24 l'istituzione del Sistema Informativo Unitario dei Servizi Sociali (SIUSS) che permette il monitoraggio delle prestazioni e dei bisogni sociali (SIPBS), l'accesso al Sistema informativo dell'ISEE, alla Banca dati delle valutazioni e progettazioni personalizzate (SINA e SINBA), alla piattaforma per la gestione dei Patti per l'inclusione sociale (GePI). A partire dal 2024, una nuova funzionalità di SIOSS permette di monitorare anche la numerosità e i fabbisogni del territorio in riferimento ad altri profili professionali che lavorano all'interno dei Servizi, quali operatori amministrativi, psicologi ed educatori professionali. Recentemente, con il Decreto Ministeriale 44/2025, il legislatore ha integrato il precedente 103/2019, che tratta il Sistema Informativo dell'Offerta dei Servizi Sociali (SIOSS), definendone le modalità attuative. In particolare ha modificato gli allegati:

- 4 (*servizio sociale professionale*) introducendo una rilevazione di dettaglio su minorenni e neomaggiorrenni in carico al servizio sociale professionale;
- 5 (*servizio per l'affidamento familiare*) introducendo la rilevazione su:
 - Affidato eterofamiliare e intrafamiliare residenziale (per più o meno 5 notti o diurno);
 - Affidato di minori stranieri non accompagnati residenziale e (per più o meno 5 notti o diurno);
 - Minorenni in affidamento familiare con decreto di affidamento al servizio sociale;
 - Minorenni in affidamento familiare dichiarati adottabili dal Tribunale per i minorenni;
 - Neomaggiorrenni in affidamento familiare;
 - Dimessi dall'affidamento familiare nel corso dell'anno;
- 6 (*servizi residenziali per minorenni*) introducendo una rilevazione di dettaglio su:
 - Minorenni accolti nei servizi residenziali;
 - Minorenni in struttura residenziale con decreto di affidamento al servizio sociale;
 - Minorenni in struttura residenziale dichiarati adottabili dal Tribunale per i minorenni.

Tali informazioni sono declinate in fattispecie quali: allontanati dalla famiglia di origine, portatori di disabilità o problemi sanitari, italiani e stranieri, dimessi da strutture accoglienza, genere ecc. Queste integrazioni hanno l'obiettivo di rendere più efficiente e trasparente il sistema di gestione dei servizi sociali, consentendo un monitoraggio più dettagliato dei LEPS e dei loro livelli di erogazione.

3.1 Il servizio sociale professionale

La Toscana da tempo persegue gli obiettivi dell'integrazione tra sociale e sanitario, potenziando un sempre più efficace coordinamento delle risorse con l'obiettivo di fare della prevenzione il cardine della progettazione e della valutazione di politiche, servizi e interventi.

Per rispondere in modo efficace alle esigenze della comunità e in particolare di quella quota di popolazione che vive in condizioni di marginalità, gli operatori sociali e sanitari rappresentano i nodi di una rete a cui i cittadini possono riferirsi e trovare professionisti in grado di fornire loro un sostegno, a partire dalle informazioni in merito ai diritti, alle prestazioni ed alle modalità di accesso ai Servizi, e attraverso l'attivazione e il coordinamento delle risorse disponibili, assicurando un contributo essenziale alla realizzazione delle diverse politiche integrate di inclusione sociale.

La legge 328/2000 all'art.22 colloca il Servizio Sociale Professionale all'interno del sistema degli interventi e dei Servizi alla persona erogati dalla Pubblica Amministrazione, tra i livelli essenziali di assistenza; In particolare, per quanto riguarda la Toscana, all'art. 2 della L.R. 41/2005 si specifica che per *“servizi sociali si intendono tutte le attività relative alla predisposizione ed alla erogazione di servizi, gratuiti e parzialmente o completamente a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona incontra nel corso della vita...”*

La stessa legge regionale assegna all'art.7 all'Assistente Sociale i compiti di valutazione professionale del bisogno, la definizione del percorso assistenziale personalizzato e la sua attuazione in termini di appropriatezza ed efficacia, sostenendo, al successivo comma, la necessità dell'integrazione multi-professionale con altri operatori sociali e sanitari. Inoltre la L.R. 40/2015 prevede la figura dell'Assistente Sociale come parte integrante del sistema dei servizi alla persona, nei compiti di rapporto con i cittadini, nello svolgimento di azioni di programmazione operativa e nel ruolo di responsabilità delle strutture organizzative professionali.

3.1.1 Gli iscritti all'Ordine degli Assistenti Sociali

Per quantificare il numero di operatori presenti in Toscana, possiamo avvalerci dell'elenco degli iscritti all'Ordine (istituito con la Legge n°84/1993 che ha sancito l'obbligatorietà dell'iscrizione all'albo professionale per poter svolgere la professione di assistente sociale sia in regime di lavoro autonomo, sia in regime di lavoro dipendente) di cui possediamo la serie storica relativa al periodo 2019-2025, che ci permette di osservare che la cifra sia complessivamente cresciuta nel tempo – in diminuzione la sez. A, in significativo aumento la sez B , arrivando nell'ultimo anno a 2.413 iscritti (in larga prevalenza di sesso femminile e con una quota di giovani sotto i 35 anni in crescita).

In riferimento all'ambito lavorativo, gli assistenti sociali iscritti all'Ordine si concentrano sugli Enti locali e la Sanità da una parte e all'interno del variegato mondo del terzo settore (Cooperative, Associazioni, Fondazioni e Imprese Sociali)

TABELLA 1. ASSISTENTI SOCIALI ISCRITTI ALL'ORDINE SUDDIVISI PER ANNO E SESSO - ANNI 2019-2021-2025

Fonte: Ordine degli Assistenti Sociali della Toscana

	2019				2021				2025			
	maschi	femmine	totale	totale (% di colonna)	maschi	femmine	totale	totale (% di colonna)	maschi	femmine	totale	totale (% di colonna)
SEZ. A - Ass. Sociale specialista	50	1006	1056	0,473	47	932	979	0,429	43	867	910	0,377
SEZ. B - Ass. Sociale	82	1095	1177	0,527	91	1214	1305	0,571	96	1407	1503	0,623
Totale Iscritti	132	2101	2233	1	138	2146	2284	1	139	2274	2413	1
FASCE ETÀ												
<35 anni	33	599	632	28,3%	36	631	667	29,2%	47	747	794	32,9%
35-65 anni	96	1.450	1.546	69,2%	100	1.463	1.563	68,4%	87	1.467	1.554	64,4%
>65 anni	3	52	55	2,5%	2	52	54	2,4%	5	60	65	2,7%

Gli Assistenti sociali impiegati nel Servizio Sociale Professionale

In riferimento all'implementazione da parte delle Zone Distretto dei prospetti previsti all'interno di S.I.O.S.S. (Sistema Informativo dell'Offerta dei Servizi Sociali), la banca dati delle professioni e degli operatori sociali, che individua le caratteristiche quantitative e qualitative del lavoro professionale impiegato all'interno del Servizio Sociale Professionale, al 31.12.2023 registra in Toscana 1.350 Assistenti Sociali (in crescita rispetto all'anno precedente) per un monte ore settimanale di 45.381. Si tratta prevalentemente di operatori di sesso femminile (93,2%) con un'età superiore ai 35 anni (76%); 255 (il 18,8% del totale, in forte decrescita negli ultimi anni) degli assistenti sociali rilevati sono esternalizzati, cioè contrattualizzati con soggetti diversi dagli enti titolari della funzione socio - assistenziale esercitata in forma singola o associata. Il database permette di distinguere le ore occupate nei diversi ambiti di attività: il 7,2% è dedicato al "segretariato sociale", il 34,0% nell'area "famiglia/minori/anziani autosufficienti", il 19,0% per quella della "disabilità/non autosufficienza" e il 14,8% viene impiegato all'interno dell'area "povertà/disagio adulti". Il restante 25,0% del monte ore è imputato all'area "Servizio Sociale Professionale", che comprende sia le attività di coordinamento, programmazione e progettazione, ma anche tutta l'attività che non può essere riferita a specifici target, laddove (soprattutto nei Comuni di piccole dimensioni), il Servizio non è organizzato per aree di utenza dedicate.

3.1.2 Le nuove assunzioni: il potenziamento dei servizi sociali

Dal 2021 si è aperta un'opportunità importante per le politiche sociali e, più specificatamente, per il servizio sociale professionale, che ha posto le basi per costruire una rete di supporto per i cittadini più strutturale. La Legge di Bilancio 2021 ha introdotto infatti rilevanti novità volte a potenziare e rendere ancora più efficaci gli interventi dei servizi sociali comunali, introducendo nuove norme volte ad ampliare e rafforzare gli organici degli assistenti sociali – sottolineando l'importanza del “tempo pieno” e dell’ “assunzione a tempo indeterminato” – anche attraverso la stabilizzazione di quanti già operano, in diverse modalità, a favore dei Servizi. La Legge ha fissato, inoltre, precisi livelli essenziali e obiettivi di servizio: in particolare, sono stati indicati sia il livello essenziale nella misura di 1 assistente sociale ogni 5.000 abitanti, sia il nuovo obiettivo di servizio (1:4.000 abitanti) e prevedendo finanziamenti annuali di 180 milioni di euro a valere sul Fondo Povertà.

L'accesso ai contributi si basa sul raggiungimento di soglie definite dell'organico in servizio: a tale scopo possono essere conteggiati solo gli assistenti sociali con contratto di lavoro a tempo indeterminato che operano nell'ambito del servizio sociale o nella programmazione, anche in funzioni amministrative e di rendicontazione, ma sempre in ambito sociale. Dalla rilevazione SIOSS sopra-menzionata, si evidenzia come il 75% degli assistenti sociali che operano all'interno del servizio sociale professionale abbia un contratto a tempo indeterminato (tale percentuale era pari al 60% nel 2021).

Le somme attribuite agli Ambiti territoriali sono a copertura dei costi per gli assistenti sociali assunti in organico a tempo indeterminato (e non solo per nuove assunzioni) tra la soglia di accesso ai finanziamenti di 1 assistente sociale ogni 6.500 abitanti e fino alla soglia dell'obiettivo di servizio di 1 assistente sociale ogni 4.000 abitanti (con un contributo di 40.000 euro annui ad assistente sociale in numero eccedente il rapporto di 1:6500 fino al raggiungimento del rapporto 1:5000, e di 20.000 euro annui ad assistente sociale in numero eccedente il rapporto 1:5000 fino al raggiungimento del rapporto di 1:4000).

I dati a nostra disposizione ci permettono di ricostruire il quadro della situazione toscana dall'anno 2021 di introduzione della misura e quello previsionale 2025, in riferimento sia al livello essenziale dei servizi sociali costituito dal raggiungimento di un rapporto fra assistenti sociali e popolazione residente di 1:5000 che all'ulteriore obiettivo di servizio di 1:4000 fissati dalla legge, provando a stimare anche le risorse che dovrebbero arrivare nel 2025 agli ambiti territoriali toscani a copertura dei costi per gli assistenti sociali assunti in organico a tempo indeterminato.

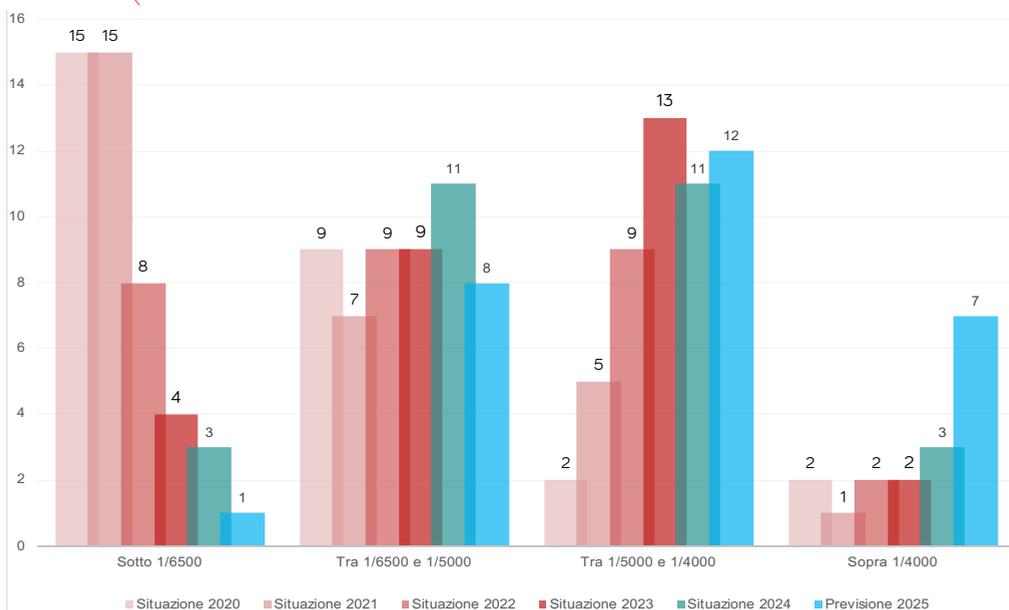
Analizzando i 28 prospetti relativi ai dati dell'anno 2024 che gli ambiti toscani hanno finalizzato all'interno di S.I.O.S.S., abbiamo un dato sintetico degli assistenti sociali in servizio a tempo indeterminato pari a 781 (secondo la definizione di personale equivalente a tempo pieno), corrispondenti in media a quasi 28 assistenti sociali per zona distretto (i rispettivi dati al 2021 era di 568 assistenti sociali totali per una media zonale di 21,8). Tale contingente è costituito per il 57,9% (452,1 assunti a tempo indeterminato) da personale in servizio presso i singoli Comuni e per il restante 42,1% in carico agli Ambiti territoriali per lo svolgimento di funzioni sociali in modalità associata. La misura in oggetto, parametrata alla situazione certificata dagli Ambiti per l'anno 2024, ha portato ad un contributo pari a 6,4 milioni di euro per i 25 Ambiti che sono risultati sopra la soglia di 1 assistente sociale ogni 6.500 abitanti che dà diritto ai finanziamenti (3 ambiti non hanno ricevuto alcun finanziamento per il 2024).

Spostando lo sguardo all'anno in corso, e quindi ai livelli che gli Ambiti prevedono di ottenere con le nuove assunzioni per il 2025 (dato previsionale) inseriti ai fini della prenotazione delle risorse, in

Toscana dovremmo avere 830,3 assistenti sociali assunti a tempo indeterminato (sempre secondo la definizione di personale equivalente a tempo pieno), con un ulteriore incremento del 6% del personale (+ 49 assunzioni full time equivalenti). Se tali previsioni verranno rispettate (il dato dovrà essere consolidato a febbraio 2026), nel territorio toscano arriveranno quasi 8 milioni di euro di fondi strutturali, fintantoché nei vari Ambiti il numero di assistenti sociali in proporzione ai residenti si manterrà sopra le soglie previste dalla normativa.

In riferimento ai dati comunicati relativi ai dati consolidati delle annualità del periodo 2020-2024 e a quelli previsionali del 2025 (Grafico 1), abbiamo il 50% degli Ambiti (14) sotto il livello essenziale dei servizi sociali (LEP) costituito dal raggiungimento di un rapporto fra assistenti sociali e popolazione residente di 1:5000 e 3 (Firenze, Livornese e Senese) che raggiungono l'ulteriore obiettivo di servizio di 1:4000 fissato dalla Legge 178/2020.

FIGURA 2. SITUAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI TOSCANI ALLE ANNUALITÀ 2020 -2024 (DATO CONSOLIDATO) E 2025 (DATO PREVISIONALE) IN RIFERIMENTO ALLE SOGLIE PREVISTE DALLA LEGGE DI BILANCIO 2021



Se venissero confermati i dati previsionali per l'anno in corso, la situazione al 31/12/2025 sarebbe ulteriormente migliorata, con 19 Ambiti che raggiungerebbero il LEP del rapporto fra assistenti sociali e popolazione residente di 1:5000 (7 dei quali che si posizionerebbero sopra l'obiettivo di servizio di 1:4000). In tale scenario, 27 Ambiti riceverebbero comunque risorse strutturali per il potenziamento dei Servizi Sociali ed è quindi presumibile che nei successivi anni la situazione relativa al personale assunto a tempo indeterminato migliorerà ulteriormente grazie a tale misura, che ha determinato un significativo investimento sulla figura dell'assistente sociale, avendo incentivato il potenziamento del sistema dei servizi sociali comunali e zonali attraverso i meccanismi premiali descritti.

A seguito dell'introduzione del LEPS e del suo finanziamento gli assistenti sociali sono aumentati in tutto il Paese e di conseguenza il numero degli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) che raggiungono il

LEPS, ma la loro crescita appare molto graduale e sperequata nelle diverse regioni italiane. Ancora oggi, nella maggioranza degli ATS del Veneto e delle Regioni del Centro e del Mezzogiorno (tranne la Sardegna) il rapporto fra assistenti sociali e abitanti resta inferiore al livello essenziale.

Nonostante l'elevato numero di Enti sottodotati, i criteri di assegnazione hanno comportato il fatto che gran parte delle risorse (64% nel 2022) finora stanziata per il LEPS non sia stata utilizzata. Si mantiene in sostanza una doppia velocità nonostante la disponibilità dei finanziamenti con regioni e territori che denotano una maggiore dinamicità e sensibilità per il settore sociale (e la Toscana è indubbiamente tra queste) ed altri territori che rispondono con meno capacità e tempestività.

3.1.3 Le altre figure professionali

Utilizzando una nuova funzionalità di SIOSS, nel 2024 siamo in grado di quantificare anche la numerosità e i fabbisogni del territorio in riferimento ad alcune importanti figure che svolgono un ruolo determinante all'interno del servizio sociale professionale.

Il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ha infatti deciso di intraprendere un percorso di rafforzamento diretto del personale di Ambiti Territoriali Sociali e Comuni che è stato perseguito lungo le direttrici indicate da una accurata ricognizione dei fabbisogni (effettuata nel 2024), centrata in particolare sulle figure di operatori amministrativi, psicologi ed educatori professionali, e attraverso una procedura centralizzata di selezione che, con il supporto di Formez, è stata attivata nel 2025. La procedura consentirà nella secondo semestre del 2025 di assumere a tempo determinato gli operatori indicati dai singoli ATS/Comuni per il periodo massimo consentito dall'attuazione del Programma Nazionale Inclusion e lotta alla povertà 2021-2027 (fino al 2029), con opzione di trasformazione a tempo indeterminato alla conclusione di tale periodo attraverso la copertura di una prossima norma nazionale. Con Decreto del Capo Dipartimento n. 268 del 7 agosto 2024, è stato approvato l'Avviso pubblico "Manifestazione di interesse per le azioni di incremento della capacità degli ATS di rispondere alle esigenze dei cittadini, garantendo adeguati servizi sociali alla persona e alla famiglia, in un'ottica di integrazione con i vari livelli di governo e del rispetto del principio di sussidiarietà".

Tale avviso, rivolto agli Ambiti Territoriali Sociali (ATS), è stato finalizzato a individuare la consistenza al 30 giugno 2024 e il fabbisogno per il prossimo triennio, sull'intero territorio di ambito, per le seguenti figure professionali, da impegnare a tempo pieno e in modo esclusivo e dedicato nelle attività connesse alla corretta implementazione e attuazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali:

1. Funzionario Amministrativo;
2. Funzionario Contabile – Economico finanziario/Funzionario esperto di rendicontazione;
3. Funzionario Psicologo;
4. Funzionario Educatore Professionale Socio Pedagogico/Pedagogista.

Le risposte fornite dagli ATS in esito all'Avviso, che hanno consentito al Ministero di definire la procedura centralizzata di selezione e le risorse necessarie alla loro assunzione per il prossimo triennio, ci permettono anche di fare un quadro relativo alle professionalità presenti negli ATS, di quantificare il fabbisogno espresso e le risorse professionali che saranno assegnate ai singoli ATS. La consistenza delle figure professionali in termini di Full time equivalent (FTE), a tempo determinato

e indeterminato, impegnate alla data del 30 giugno 2024, in maniera esclusiva e dedicata, nella implementazione e attuazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali è pari a circa 84 figure nel complesso; con riferimento alle specifiche figure professionali negli ATS toscani abbiamo in termini di *full time equivalent*:

- 62,45 Funzionari Amministrativi;
- 6,75 Funzionari Contabili – Economico finanziari / Funzionari esperti di rendicontazione;
- 4 Funzionari Psicologi;
- 10,89 Funzionari Educatori Professionali Socio Pedagogici / Pedagogisti.

Facendo invece riferimento al numero di unità di personale di cui gli ATS hanno indicato il fabbisogno, per i prossimi 3 anni, in relazione alle stesse figure professionali da impegnare a tempo pieno e in modo esclusivo e dedicato, nelle attività connesse alla corretta implementazione e attuazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, possiamo evidenziare che la richiesta complessiva ha riguardato 446 figure e, più specificatamente:

- 67 Funzionari Amministrativi (15% sul totale del fabbisogno);
- 70 Funzionari Contabili – Economico finanziari / Funzionari esperti di rendicontazione (15,7%);
- 131 Funzionari Psicologi (29,4%);
- 178 Funzionari Educatori Professionali Socio Pedagogici / Pedagogisti (39,9%).

Questo evidenzia che le necessità rilevate dagli ATS nell'ottica di un potenziamento del proprio personale si sono indirizzate sia sull'assunzione di figure professionali specifiche per la formazione di équipes multiprofessionali (69% dei profili richiesti), al fine di migliorare il sistema dei servizi sociali e sanitari integrati sul territorio che, anche se in misura minore, sul potenziamento della capacità di gestione delle risorse attraverso figure professionali di tipo amministrativo – contabile.

Facendo quindi riferimento al personale in carico a giugno 2024 e al fabbisogno espresso, possiamo affermare che gli ATS toscani richiedono delle figure che possano incrementare la disponibilità, quanto più efficace e diffusa possibile, delle équipes multiprofessionali sull'intero territorio di riferimento; dall'altro lato sperano di poter arrivare ad un miglior dimensionamento organizzativo finalizzato a supportare le crescenti necessità delle strutture amministrative e finanziarie degli ATS, in relazione tra l'altro alle risorse pubbliche gestite e ai relativi procedimenti amministrativi connessi.

TABELLA 2 – RICOGNIZIONE DEL PERSONALE IN ORGANICO NEGLI ATS AL 30.06.2024, FABBISOGNO ESPRESSO E ASSEGNAZIONI PER FIGURA PROFESSIONALE IN TOSCANA – FONTE: SIOSS

FIGURE PROFESSIONALI	RICOGNIZIONE AL 30.06.2024*	FABBISOGNO	ASSEGNAZIONE
Funzionario Amministrativo	62,45	67	39
Funzionario Contabile – Economico finanziario / Funzionario esperto di rendicontazione	6,75	70	33
Funzionario Psicologo	4	131	67
Funzionario Educatore Professionale Socio Pedagogico / Pedagogista	10,89	178	88
Totale	84,09	446	227

La ricognizione al 30.06.2024 delle specifiche figure professionali, in termini di *full time equivalent* (FTE), impegnate nell'implementazione e attuazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali degli ambiti territoriali sociali ha quindi rilevato una dotazione di personale in organico ai 27 ambiti territoriali sociali che hanno risposto all'avviso, pari a 84,09 unità in termini di FTE (2.046 il dato relativo a tutte le regioni italiane).

Secondo quanto previsto della Manifestazione di interesse, gli ATS hanno espresso un fabbisogno ulteriore di personale, per il triennio successivo, di 446 unità complessive (7.020 il dato complessivo nazionale).

Alla conclusione delle due operazioni sopradescritte, il Ministero ha valutato il numero di personale richiesto da tutti gli ATS partecipanti, per i diversi profili professionali, e l'ha parametrato alle risorse finanziarie disponibili, provvedendo alla ripartizione del personale finanziabile per ogni ATS.

In considerazione dei parametri utilizzati per effettuare la ripartizione delle figure amministrative e contabili, le unità di personale finanziabili in Toscana sono rispettivamente 39 per i funzionari amministrativi e 33 per i funzionari contabili.

Per quanto concerne, invece, le assegnazioni di psicologi e di educatori/pedagogisti, uno dei parametri utilizzato per meglio definire il riparto è stato quello del rispetto del livello standard che prevede un rapporto (figura professionale/popolazione residente) di 1/20.000 per i funzionari psicologi e di 1/15.000 per i funzionari educatori professionali. Il totale di unità previste per gli ATS toscani per gli psicologi è pari a 67 e per gli educatori/pedagogisti è pari a 88.

Riepilogando, in considerazione del numero di istanze di adesione presentate dai 27 Ambiti Territoriali Sociali toscani e al fine di garantire una risposta adeguata al fabbisogno emerso a livello territoriale, il numero di figure professionali che potranno essere assunte dagli ATS, secondo i criteri e le modalità indicati in precedenza, è complessivamente pari a 230. Un numero che si distanzia dal fabbisogno espresso (480), ma che incrementerebbe in maniera sostanziale l'attuale contingente di personale in carico agli ATS (84 unità), sostenendo l'incremento della capacità degli Ambiti Territoriali Sociali nel rispondere alle esigenze dei cittadini, garantendo adeguati servizi sociali alla persona e alla famiglia, in un'ottica di integrazione con i vari livelli di governo e del rispetto del principio di sussidiarietà.

3.2 Il LEPS Supervisione

I Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) riguardano i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale (Legge costituzionale 3/2001).

Nonostante la terminologia con cui vi si fa riferimento sia cambiata nel corso degli anni (es. da “livelli essenziali ed uniformi delle prestazioni” dell’art. 9 l. 328/00 ai “livelli essenziali delle prestazioni assistenziali” della l.296/06) ad oggi con LEPS si intende il minimo comune denominatore dei diritti civili e sociali sul territorio nazionale che spetta allo Stato garantire e determinare secondo l’articolo 117 della Costituzione.

Più specificamente, secondo l’art.22 della l. 328/00, rientrano in questa categoria e sono erogabili sotto forma di beni e servizi i seguenti interventi:

- A. misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito e servizi di accompagnamento, con particolare riferimento alle persone senza fissa dimora;
- B. misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio di persone totalmente dipendenti o incapaci di compiere gli atti propri della vita quotidiana;
- C. interventi di sostegno per i minorenni in situazioni di disagio, tramite il sostegno al nucleo familiare di origine e l’inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare e per la promozione dei diritti dell’infanzia e dell’adolescenza;
- D. misure per il sostegno delle responsabilità familiari per favorire l’armonizzazione del tempo di lavoro e di cura familiare;
- E. misure di sostegno alle donne in difficoltà;
- F. interventi per la piena integrazione delle persone disabili; realizzazione dei centri socio-riabilitativi e delle comunità alloggio, e dei servizi di comunità e accoglienza per quelli privi di sostegno familiare, nonché erogazione delle prestazioni di sostituzione temporanea delle famiglie;
- G. interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio, per l’inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare, nonché per l’accoglienza e la socializzazione presso strutture residenziali e semiresidenziali per coloro che, in ragione della elevata fragilità personale o di limitazione dell’autonomia, non siano assistibili a domicilio;
- H. prestazioni integrate di tipo socio-educativo per contrastare dipendenze da droghe, alcol e farmaci, favorendo interventi di natura preventiva, di recupero e reinserimento sociale;
- I. informazione e consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi e per promuovere iniziative di auto-aiuto”

La Toscana, ha cercato inoltre di definire dei criteri per l’identificazione delle prestazioni da collocare come livelli essenziali, richiedendo nell’ambito della programmazione multilivello:

- A. la modalità e l’entità del finanziamento, su base pro capite ponderata, da garantire in tutto il territorio regionale;
- B. le modalità di erogazione e di dimensionamento nel territorio delle risposte sociali e socio-sanitarie, con riferimento alla popolazione assistita, ai bisogni della popolazione, tenendo conto che in ogni

ambito territoriale vanno comunque garantite funzioni di accesso universalistico e di valutazione professionale del bisogno, funzioni di promozione e prevenzione, funzioni di pronto intervento sociale, funzioni di intervento domiciliare, intermedio e residenziale;

- C. le modalità di valutazione dei risultati di efficacia verificabili con indicatori di salute e di benessere sociale idonei a documentare l'efficacia delle azioni di piano

Secondo il Piano Nazionale degli interventi 2001-2003 i LEPS vengono costruiti rispondendo a tre domande: cosa, per chi e come¹

Tenteremo, dunque, di rispondere alle stesse domande nell'illustrare il LEPS Supervisione del personale dei Servizi Sociali, dapprima nella sua dimensione nazionale e poi su quella regionale. Verranno analizzati e comparati i dati delle previsioni sullo svolgimento del LEPS Supervisione in Toscana con i dati del primo anno di esecuzione. Verranno inoltre descritte le azioni intraprese da Regione Toscana per il supporto delle zone. Regione Toscana infatti, con il supporto di ANCI e di CROAS e insieme all'assistenza tecnica garantita dal MLPS attraverso la Fondazione Nazionale Assistenti sociali, accompagna gli ATS in questa sfida. Tramite l'Osservatorio Sociale Regionale (OSR) la Regione si è posta in una posizione di ascolto rispetto alle necessità dei territori partecipando a molteplici occasioni di scambio con la referente FNAS per la Toscana (AS Daniela Amione) sia con incontri plenari con cadenza mensile sia con comunità di pratica dove professionisti/e del settore provenienti da Ambiti diversi hanno potuto confrontarsi, esprimere dubbi, criticità e offrire soluzioni in un'ottica di peer learning. Le zone sono state dunque affiancate fin dall'inizio della progettazione delle attività.

Infine, Regione Toscana, in collaborazione con Federsanità ANCI Toscana e in costante dialogo con gli Ambiti che hanno mostrato disponibilità², sta lavorando per lo sviluppo di uno strumento di monitoraggio che aiuti gli Ambiti nella rendicontazione dei fondi, monitori gli operatori coinvolti, le ore di supervisione svolte e le risorse utilizzate. Una volta definito nella sua operatività lo strumento diventerà un patrimonio regionale.

3.2.1 Il LEPS Supervisione : cosa, come, per chi

Negli ultimi anni la richiesta di interventi e prestazioni sociali è aumentata sia a livello di quantità che dal punto di vista della complessità dei bisogni e i/le professionisti/e del settore sociale si trovano ad essere il primo nodo di accesso alla rete dei servizi in cui le richieste e le opportunità di risposta si incontrano e, talvolta, si scontrano. L'operatrice/tore sociale dunque, di fronte a un carico crescente di lavoro, si trova ad affrontare tre problematiche: il rischio di aggressioni da parte degli utenti, l'*emotional labour* e il *moral distress*.

Le aggressioni da parte degli utenti sono ormai un fenomeno documentato: i dati raccolti da una ricerca svolta nel 2017 dell'Ordine Nazionale Assistenti sociali e Fondazione Nazionale Assistenti Sociali³ esprimono che 9 Assistenti sociali su 10 hanno subito una qualche forma di violenza⁴.

1 <https://leg16camera.it/temiap/temi16/Quid2.pdf>

2 A questo proposito si ringraziano la dott.ssa Giorgia Tacconi e la dott.ssa Rosetta Campilongo per la disponibilità e collaborazione nel processo di creazione dello strumento.

3 "Conoscere per agire: il fenomeno dell'aggressività nei confronti degli Assistenti sociali"

4 Per contrastare questo fenomeno è stato creato il 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

Questo, infatti, è il numero di professionisti che ha subito minacce, intimidazioni o aggressioni verbali mentre 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. Il fenomeno è ormai noto e sono state sviluppate numerose normative e indicazioni nel tentativo di ridurre e prevenire gli atti violenti (vedi. 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; DGRT 1176/2018 - Misure urgenti di prevenzione e contrasto atti di violenza a danno degli operatori sanitari e costituzione dell'osservatorio regionale. Tuttavia, è un problema fortemente sottostimato in quanto la maggior parte delle persone aggredite non denuncia l'avvenuto.

Vediamo dunque quali sono le cause dell'alterazione di questa crescente violenza e, in senso più ampio, dell'alterazione della relazione di aiuto.

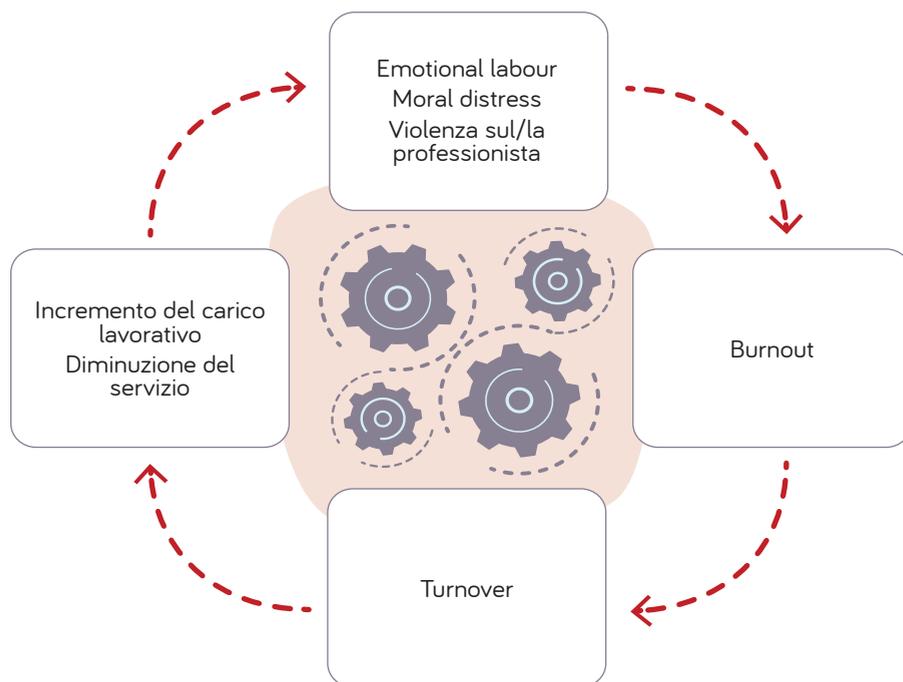
Il lavoro dell'assistente sociale è di per sé un lavoro ad alto rischio: essendo continuamente a contatto con bisogni complessi legati a condizioni di vulnerabilità talvolta la motivazione da parte dell'utente di rimanere nel progetto di aiuto è assente o insufficiente; si pensi, ad esempio, all'attività di controllo su mandato dell'autorità giudiziaria.

Un altro elemento di attenzione è senz'altro l'identificazione da parte dell'utenza dell'operatore/trice sociale con il servizio che questi rappresentano. La progressiva dismissione degli investimenti nel sociale ha portato a una carenza di risposte possibili a fronte di una vulnerabilità crescente e persistente. Si verifica dunque un'impossibilità (piuttosto che un'incapacità) del/la professionista a rispondere. L'aggressività, in questo caso, è causata dall'aspettativa delusa del cittadino di ricevere una risposta concreta e immediata ai propri bisogni e dev'essere interpretata “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” (Sicora, Rosina, 2019)).

L'impossibilità di azione, le restrizioni procedurali, finanziarie e burocratiche impattano la salute del/la professionista anche dal punto di vista del *moral distress* ovvero una forma di stress data dall'agire secondo principi e valori non propri ma che appartengono a logiche politiche, organizzative, istituzionali e/o di efficienza economica. Così facendo si crea sofferenza psicologica e stress morale data dalla discrepanza emotiva tra pensato ed agito (Bensi, 2018).

Infine, la forte componente relazionale evidenziata in precedenza rende necessario il cosiddetto *emotional labour* (Hochschild, 1983; Grandey, 2000) ovvero la capacità di produrre e sopprimere emozioni per soddisfare i requisiti emotivi di un lavoro con il risultato di creare stress e impatti negativi sul lavoratore. Alla forte pressione emotiva, infatti, si aggiunge l'aspettativa di mostrare una risposta emozionale non necessariamente in linea con il proprio sentito ma, piuttosto con le indicazioni e le procedure del servizio pubblico.

I tre elementi evidenziati sono parte e frutto di altre problematiche, ad esempio: elevato carico di lavoro, lavoro sottoqualificato, precarietà, 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 (etc.). La sovrapposizione di queste problematiche crea un ambiente ad alto rischio ed alto costo emotivo che si traduce in un alto tasso di dimissioni e *turnover*.



Il LEPS per la Supervisione professionale degli operatori sociali si colloca dunque in un contesto che riconosce il benessere del/la professionista come nodo centrale dell'adeguata risposta ai bisogni del cittadino. Per questo motivo, il Piano nazionale sociale 2021-2023 ha scelto di dichiarare la supervisione degli operatori del sociale un livello essenziale di prestazioni sociali col triplice fine di rafforzare la loro identità professionale, prevenire e contrastare il fenomeno del burnout e, di conseguenza, implementare la qualità della risposta professionale ed offrire i migliori servizi ai cittadini. Il LEPS Supervisione, inoltre, fa parte dei sei Livelli essenziali di prestazioni sociali considerati prioritari dalla legge di bilancio 2022 (L.234/2021) e per questo anticipati in attesa dell'approvazione del quadro generale dei LEPS⁵.

La supervisione professionale è uno strumento dedicato innanzitutto al/la professionista sociale e si distingue dalla formazione perché non si caratterizza per un processo di "imposizione" della conoscenza da parte del docente bensì come un processo di pensiero, un momento di riflessione individuale e di gruppo in cui l'operatrice/tore promuove "miglioramento nella consapevolezza dell'essere e nell'appropriatezza dell'agire" (Elena Allegri, Supervisione e servizio sociale, Carocci, Roma, 2023, pag. 7) La supervisione, infatti, consiste nel dedicare spazio e tempo alla riflessione guidata e al confronto di gruppo così da poter analizzare la dimensione emotiva e metodologica degli interventi effettuati e collocarli in una prospettiva professionale, relazionale e deontologica. Questo permette di individuare criticità non solo nella riflessione che precede o accompagna l'attività professionale ma anche nelle procedure amministrative e nelle prassi che caratterizzano il rapporto

5 I restanti cinque LEPS ritenuti prioritari sono: Pronto intervento sociale; Servizi sociali per le dimissioni protette; Prevenzione dell'allontanamento familiare. - P.I.P.P.I.; Servizi per la residenza fittizia; Progetti per il dopo di noi e per la vita indipendente.

tra professionista ed Ente con l'obiettivo di trovare soluzioni creative e avanzamenti possibili. L'obiettivo, di conseguenza, è il miglioramento del servizio reso alle/gli utenti tramite la cura dell'operatrice/ore sociale e lo sviluppo dell'intervento professionale nella sua globalità.

La supervisione dunque *non è*:

- Controllo tecnico-amministrativo: non esamina forma, contenuto e tempi di un procedimento in linea con norme e regolamenti. Non ha dimensione valutativa e di giudizio.
- Supervisione psicologica: si concentra sulle prassi operative, non sulla dimensione psicologica individuale e sulle dinamiche relazionali

Gli obiettivi della supervisione sono piuttosto:

- 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
- Aiutare il supervisionato ad assumere al meglio le funzioni esercitate nei confronti delle persone e dell'organizzazione;
- Sostenere un esame critico della propria attività, nella consapevolezza della pluralità dei metodi e dei percorsi possibili per la risoluzione dei problemi (Ministero del Lavoro, 2023).

L'attività di supervisione è connotata da riservatezza e non giudizio, un rapporto di fiducia tra supervisore e supervisionati/e (e tra gli/le stessi/e) all'interno del quale analizzare le pratiche professionali messe in atto da assistenti e operatrici/tori sociali.

Lo scopo di questa analisi è esplicitare i processi di pensiero che precedono, talvolta inconsciamente, le scelte effettuate e la loro influenza nel processo di risposta al cittadino. Vengono dunque individuate e analizzate le pratiche professionali al fine di ridare loro significato e contrastare la burocratizzazione dell'intervento professionale. In tal modo il professionista impegnato in un percorso di supervisione può sostenere un esame critico del proprio agito, nella consapevolezza sia del proprio ruolo che dei molteplici percorsi disponibili per la risoluzione dei problemi. È importante, infatti, stimolare nuove strategie di *problem solving* efficaci e innovative, capaci di immaginare e produrre interventi ed azioni sempre più vicine alla cittadinanza in grado anche di fornire nuove interpretazioni del mandato professionale e del contesto istituzionale in cui si opera.

La supervisora/il supervisore funge da elemento esterno (e formato) al gruppo supervisione e in tal modo può rispondere a più esigenze con funzioni di guida, approfondimento e analisi, fornendo

un punto di vista diverso da quello dell'operatore che, in un contesto di stallo, può faticare a trovare nuove prospettive ricadendo nel *burnout*. La supervisione, da questo punto di vista, può essere "preventiva" e/o "riparativa": "preventiva" perchè favorisce una modalità riflessiva e analitica da usare in autonomia; "riparativa" perchè è necessario che il/la supervisore/a consideri i fattori di rischio *burnout* presenti tra le persone con cui lavora; e offra possibili soluzioni.

Le destinatarie/i destinatari sono:

- assistenti sociali impiegate/i nei servizi sociali dell'Ambito territoriale;
- altre figure professionali presenti nei servizi sociali territoriali (es. pedagogisti, psicologi, educatori etc.);
- assistenti sociali impiegate/i presso i singoli Comuni e gli Enti gestori delle funzioni socioassistenziali (singoli o associati) compresi all'interno di ciascun ATS;
- altre figure professionali impiegate presso i singoli Comuni e gli Enti gestori delle funzioni socioassistenziali (singoli o associati) compresi all'interno di ciascun ATS;
- professionisti in gestione esternalizzata se concorrono all'esercizio delle funzioni di presa in carico progettazione, valutazione multidimensionale e attivazione di prestazioni sociali e di interventi in rete.

Quest'ultima opzione tuttavia va considerata come residuale, specialmente a fronte delle risorse stanziare negli ultimi anni per l'assunzione a tempo indeterminato di assistenti sociali al fine di raggiungere il LEPS che prevede la proporzione di un assistente sociale ogni 5000 abitanti per garantire servizi appropriati alla cittadinanza. La composizione di operatrici/tori e assistenti sociali sul territorio, nonché l'organizzazione dei servizi sociali nello stesso, sono fattori da tenere in considerazione nell'organizzazione dei percorsi: essi infatti possono essere organizzati a diversi livelli territoriali (in un singolo Comune, in un Ambito, in forma associata tra Ambiti) e con target specifici (es. neoassunti, assunti a tempo indeterminato singole aree operative).

3.2.2 Modalità operative

La supervisione è un investimento a lungo termine, che opera nella logica di accompagnare la/il professionista in continuità col suo lavoro seguendone:

- l'elaborazione teorica;
- il collegamento teoria-prassi;
- l'identità professionale;
- la capacità di lavorare in gruppo;
- la capacità di controllare i propri sentimenti per fare uso di sé finalizzato alla professione;
- la capacità di negoziare con l'ente di appartenenza;
- il piano tecnico metodologico.

Le lavoratrici/i lavoratori coinvolti non sono obbligati ad usufruire dei servizi offerti dal LEPS supervisione, si tratta piuttosto di un diritto-dovere; è un obbligo invece per l'ente datore di lavoro fornire il servizio tramite una delle modalità precedentemente specificate.

La supervisione è un intervento che risponde alla logica della continuità, perché deve accompagnare

nel tempo il professionista. Al tempo stesso richiede dei tempi di latenza perché il professionista metta in pratica quanto appreso in autonomia. La supervisione potrebbe anche puntare sulla messa a punto e la cura di tecniche e strumenti professionali innovativi di sostegno all'operatività. Potrebbe, inoltre, fornire una strumentazione per l'automonitoraggio dell'intervento professionale complessivo, migliorando anche l'azione organizzativa. A questo proposito si ritiene che possa essere utile individuare incontri di supervisione programmati ciclicamente. Al momento è previsto per ogni gruppo un impegno annuo di 16 ore di supervisione monoprofessionale, 15 ore di supervisione individuale e 6 ore di supervisione di équipe (Ministero del Lavoro, 2025)

L'attività di supervisione professionale può dare diritto al riconoscimento dei crediti ai fini dell'obbligo formativo, laddove previsto nei Regolamenti professionali di ciascuna professione coinvolta (assistenti sociali, psicologi, educatori professionali, ecc.). È opportuno che, per gli assistenti sociali e per tutte le altre professioni che lo prevedano, l'ente richieda il riconoscimento dei crediti secondo le modalità previste dalle varie norme in materia. Ogni ente implementante dovrà inoltre presentare il Piano operativo di supervisione attraverso la piattaforma SIOSS. Secondo le indicazioni ministeriali la supervisione professionale può essere erogata nelle seguenti modalità:

1. Supervisione di gruppo mono professionale degli assistenti sociali;
2. Supervisione individuale;
3. Supervisione organizzativa di équipe interprofessionale;
4. Supervisione mono professionale di altri professionisti presenti nei servizi sociali.

Supervisione di gruppo monoprofessionale

La supervisione di gruppo mono-professionale può riguardare sia gli/le assistenti sociali che le altre professionalità coinvolte nella supervisione. Il gruppo deve essere composto da un massimo di 15 persone, facenti parte di un'unica professione (es. assistenti sociali, psicologi/ghe, educatori/trici). La frequenza degli incontri non è determinata ma questi devono avere una durata minima di due ore. È previsto un minimo di 16 ore di supervisione per ogni gruppo. La supervisora/il supervisore deve in questo caso appartenere alla categoria professionale da cui è composto il gruppo: se si tratta di assistenti sociali dovrà essere in possesso del titolo di studio, essere regolarmente iscritto all'Albo degli Assistenti Sociali, essere in possesso dei requisiti per l'esercizio della professione⁶ ed aver maturato esperienza sia nel campo del lavoro sociale che della supervisione. La supervisione può essere organizzata per area di lavoro/intervento, target particolari, in base all'organizzazione di ogni ATS (Ministero Lavoro, 2023). Nel caso di altre professioni i requisiti rimangono equivalenti seppur declinati nelle specifiche professionalità.

La supervisione individuale

Le ore di supervisione individuale previste per ente variano sulla base dei gruppi di supervisione: considerando un massimo di 15 assistenti sociali per gruppo, infatti, è previsto un minimo di 15 ore di supervisione individuale per ogni gruppo di supervisione, da articolare secondo le necessità. È dunque dovere dell'ente garantire questo livello minimo di supervisione professionale ma non è obbligatorio per i professionisti usufruirne. In caso non vengano utilizzate, è concesso redistribuirle nella supervisione di gruppo o nella supervisione organizzativa dell'équipe (Ministero Lavoro, 2023). Il supervisore propone incontri di almeno un'ora o maggiori, anche su richiesta di un confronto su aspetti specifici o situazioni di problematicità.

⁶ Vedi: D.P.R. 137/2012,

Supervisione organizzativa di équipe interprofessionali

Con supervisione di équipe interprofessionali sono da intendersi incontri di supervisione organizzativa, in aggiunta e non in sostituzione delle ore di supervisione professionale, che coinvolgano al contempo assistenti sociali e altre figure professionali presenti nel servizio. Sono previste a questo scopo un minimo di sei ore annue con incontri dal minimo di due ore ciascuno; anche in questo caso, il numero massimo di operatori è di 15 persone.

La compresenza di varie professionalità favorisce ed evidenzia la multidisciplinarietà del lavoro sociale e risponde alla necessità organizzativa di integrare le competenze professionali coinvolte. La gestione dei casi complessi, infatti, necessita non solo forti competenze e identità professionali da parte degli attori coinvolti ma anche la capacità di relazionare le stesse tra sè e l'organizzazione. Il ruolo di supervisione può essere ricoperto da ciascuna delle professioni presenti all'interno del gruppo purchè in possesso dei requisiti già specificati nel caso delle équipe monoprofessionali. Nel caso di gruppi tematici (es. area adulti, anziani, non-autosufficienza) il/la supervisore/a dovrà dimostrare adeguata esperienza nell'area di lavoro specificata

3.2.3 Il supervisore: obblighi e caratteristiche

La natura della supervisione come processo formativo e autoformativo vede nella figura del/la supervisore/a quella di uno "strumento umano" che deve non solo dimostrare conoscenza della materia in questione ma anche capacità umane e d'ascolto. Nello specifico, vengono richieste, oltre le caratteristiche sopramenzionate, la partecipazione a percorsi formativi dedicati, un'attitudine all'educazione degli adulti e l'approfondimento dell'etica e della metodologia del servizio sociale. Il percorso di supervisione dunque, basandosi fortemente sulle caratteristiche del/la supervisore/a, può variare significativamente sia all'interno del territorio regionale che di quello nazionale per garantire un omogeneo e corretto svolgimento del percorso, il Ministero ha stabilito delle caratteristiche minime e degli strumenti a disposizione di supervisori/e. Le caratteristiche predisposte, tuttavia, sono tutt'ora oggetto di dibattito in quanto ritenute non sufficienti all'individuazione di un/a supervisore/a adeguatamente formato/a.

Il LEPS Supervisione, dunque, prevede una proposta progettuale e una relazione finale da parte del/la supervisore/a e la firma di un protocollo di riservatezza che permetta ai/alle professionisti/e sociali di esporre liberamente il proprio vissuto lavorativo; anche a quest'ultimo scopo, e al fine di prevenire eventuali conseguenze sul posto di lavoro, è spesso concordato che la relazione finale, pur segnalando criticità e problematiche rilevate, sia redatta in accordo con i membri del gruppo. Ulteriore raccomandazione metodologica consiste nell'utilizzo di un registro presenze che tenga conto non solo della partecipazione e, in caso di équipe interdisciplinari, della professione e servizio di appartenenza ma anche del numero degli incontri, i temi trattati, la modalità di fruizione, gli obiettivi di lavoro e le criticità emerse.

Inoltre, è raccomandata l'implementazione tra i partecipanti di un "diario di bordo" in cui possano essere analizzate le emozioni, le criticità, i lati positivi e i passi del percorso al fine di sviluppare capacità autoriflessive. La/il supervisora/e potrà usare questi scritti come un punto di partenza per attivare e alimentare il dibattito e lo scambio all'interno del gruppo di lavoro.

3.2.4 Finanziamenti nazionali e regionali

Il finanziamento delle politiche sociali è costituito da vari livelli governativi dalla scala europea fino a quella degli enti locali. Le Regioni rappresentano un gradino intermedio, partecipando talvolta agli investimenti di Stato e Comuni. Tra il 2011 e il 2021 la spesa sociale ha mostrato un aumento complessivo di 884 milioni di cui 849 da parte di UE/Stato/Regioni e 39 da parte dei Comuni (AUR et al., 2024). I LEPS ad oggi sono finanziati, con una quota vincolata del Fondo nazionale delle politiche sociali e nell'ambito della Missione 5 intervento 1.1.4 del PNRR

TABELLA 3. FONTI FINANZIAMENTI LEPS

Target	LEPS	Finanziamenti nazionali /UE specifici per LEPS			Finanziamenti regionali	Risorse proprie comuni
Trasversali	Rafforzamento servizio sociale professionale	Contributo F. Povertà L. 178/2020	Quota servizi F. Povertà		Fondi sociali regionali	Fondo di Solidarietà comunale
	Supervisione del personale dei servizi sociali	FNPS	PNRR			
Povertà	Segretario sociale e altri servizi per la presa in carico (valutazione multidimensionale e prog. personalizzato)	Quota servizi F. Povertà				
	Pronto intervento sociale	Quota servizi F. Povertà				
	Povertà estrema (housing forst. fermo posta)	Quota servizi F. Povertà	PNRR	PN Inclusione		
Non auto-sufficienza anziani	Dimissioni protette	FNPS	FNNA	PNRR		
	Incremento SAD	FNNA	F. Caregiver			
	Servizi di sollievo	FNNA	F. Caregiver			
	Servizi di sostegno (es. sportello badanti)	FNNA	F. Caregiver			
	PUA integrati e uvm: incremento operatori sociali	FNNA				
Minori	Prevenzione allontanamento familiare	FNPS	PNRR	PN Inclusione		

Nel caso specifico del LEPS Supervisione, come illustrato nella tabella 3, sono due le linee di finanziamento: il PNRR e il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS). Il PNRR stanziava 42 milioni di euro⁷ prevedendo 200 progetti a cui assegnare 70.000 euro annui per i tre anni di validità del progetto con l'obiettivo di realizzare la supervisione di almeno 3.500 operatori. Il FNPS 2021-2023 invece destina 10 milioni l'anno per tre anni dai 192 milioni di "Azioni di sistema e altri interventi" specificando però che spetta alle Regioni destinare una quota del FNPS alla supervisione⁸. Il finanziamento del FNPS è stato strutturato in modo tale da garantire la prosecuzione della supervisione, seppur prevedibilmente ridimensionata, anche dopo l'esaurimento dei fondi PNRR. Le stime di spesa del Ministero vedono un costo annuale di 4.750,80€ per ciclo di supervisione

7 Progetto dell'area M5C2 Investimento 1.1.4. Il progetto è denominato "Rafforzamento dei servizi sociali e prevenzione del fenomeno del burn out tra gli operatori sociali"

8 La legge di Bilancio 2022 specifica a tal proposito che le risorse per l'attuazione dei LEPS possono essere integrate (qualora necessario) dal FNPS.

per ogni gruppo di 15 persone (n. massimo consentito per gruppo). Il costo orario minimo infatti si aggira sui 100-120€/h per 16 ore di attività e 15 ore complessive di supervisione individuale (che sono redistribuibili dall'Ente sulle ore di gruppo qualora non utilizzate). La supervisione, inoltre, può essere affiancata dalla supervisione organizzativa d'equipe per, indicativamente, 6 ore l'anno. La quota di 4.750,80€ è dunque comprensiva di queste spese e di una quota forfettaria fissa per l'organizzazione nonchè degli adempimenti a carico del/la supervisore/a che ammonta al 7% di ogni percorso (310€ c.a) (Cfr. Tab. 4) (Ministero Lavoro, 2021).

TABELLA 4. - STIMA DEI COSTI ANNUI DEI SINGOLI CICLI DI SUPERVISIONE

Tipologia di supervisione	Ore	Costo in €	Quota forfettaria per costi indistinti al 7% (da calcolare sul totale delle ore effettivamente prestate)	Totale in €
Di gruppo	16	1.920	132,40	2.054,40
Individuale	15	1.800	126	1.926
Di équipe	6	720	50,40	770,40
Totale	37	4.440	310	4.750,80

Le ATS toscane possono accedere ad entrambi i filoni di finanziamento previsti dal LEPS Supervisione: 23 ATS ricevono fondi sia dal PNNR che dal FNPS mentre 5 (Apuane, Elba, Firenze, Pratese, Valle del Serchio) utilizzano il Fondo nazionale come unica linea di finanziamento. Il FNPS, dunque, stanZIA 667.000€ l'anno nel triennio 2021-2023 per un totale di 2.0001,000€ a cui si aggiungono (per le 23 ATS coinvolte in questa seconda linea di finanziamento) 2.360.379,77€ stanziati nel PNNR. I fondi del PNNR sono stati suddivisi nelle 23 ATS tramite i 13 progetti presentati la cui divisione territoriale e finanziamento sono visibili nella tabella seguente.

TABELLA 5 ATS E FONDI PNNR

ATS titolare PNNR	ATS associata	Fondi PNNR (€)
Aretina	-	58.742,97
Piana di Lucca	-	210.000,00
Lunigiana	-	210.000,00
Alta val di Cecina - Valdera	Pisana	210.000,00
Alta val d'Elsa	Amiata Grossetana-Colline Metallifere-Grossetana, Amiata Senese e Val D'Orcia-Valdichiana Senese, Colline Dell'Albegna, Senese	190.674,00
Fiorentina Nord Ovest	Empolese-Valdarno Inferiore	185.281,20
Livornese	-	209.976,80
Terranuova Bracciolini (Valdarno aretino)	Casentino, Valdarno, Valtiberina	210.000,00
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	-	210.000,00
Val di Nievole	Pistoiese	209.932,00
Mugello	Fiorentina Sud-Est	210.000,00
Val di Chiana Aretina	-	36.208,80
Versilia	-	209.990,00
Totale	-	2.360.379,77€

TABELLA 6. FONDI FNPS

Zona	Fondi FNPS nel triennio (€)
Empolese Valdarno Inferiore	122.261,10
Fiorentina Nord Ovest	110.121,00
Fiorentina Sud Est	85.509,40
Firenze	216.441,50
Mugello	35.351,00
Pistoiese	89.778,20
Pratese	135.867,90
Val di Nievole	63.098,20
Alta Val di Cecina Val d'Elsa	71.102,20
Apuane	76.639,80
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	74.637,30
Elba	20.343,50
Livornese	99.516,40
Lunigiana	37.018,50
Piana di Lucca	81.974,30
Pisana	99.654,80
Valle del Serchio	42.821,40
Versilia	86.176,40
Alta Val d'Elsa	33.416,70
Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana	93.246,60
Amiata Senese e Val d'Orcia - Valdichiana Senese	45.422,70
Aretina	69.234,60
Casentino	21.554,10
Valtiberina	19.876,60
Colline dell'Albegna	30.915,60
Senese	61.230,60
Valdichiana aretina	27.68,50
Valdarno	46.823,40
Totale	2.001.000

3.2.5 Accompagnamento al LEPS Supervisione di Regione Toscana

I 13 progetti finanziati in Toscana sono stati scelti tramite una manifestazione di interesse le cui risultanze sono state trasmesse al MLPS entro il 7/02/2022; a seguito di ciò, è stato pubblicato l'avviso di selezione non competitiva rivolto agli ATS a cui questi potevano rispondere mostrando volontà organizzativa in forma singola o associata con l'individuazione in quest'ultimo caso di un ATS capofila. Una volta superata la valutazione della Commissione nazionale i soggetti attuatori dei progetti ammessi hanno provveduto al caricamento delle schede progetto sulla piattaforma Multifondo e alla compilazione preventiva del Piano Operativo Analitico (POA) segnando di conseguenza l'avvio delle attività.

Data la portata e complessità delle stesse nel corso dell'attuazione progettuale all'interlocuzione diretta tra Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (MLPS) e ambiti territoriali inizialmente prevista si è aggiunto un Comitato Tecnico di Coordinamento (CTC) costituito dalle regioni e dalla Fondazione Nazionale Assistenti Sociali (FNAS) con il compito di accompagnare, coordinare e monitorare l'implementazione del LEPS. Il Comitato, inoltre, usufruisce di un/a referente regionale con funzione di assistenza tecnica degli ambiti in grado di raccogliere, trasmettere e mediare le istanze di ambiti territoriali e organi regionali.

Regione Toscana, in costante collaborazione con l'assistenza tecnica garantita dal personale FNAS dedicato dunque, svolge una duplice funzione nell'ambito del LEPS Supervisione: da un lato, risponde all'esigenza di raccordare e (per quanto possibile) omogeneizzare le azioni LEPS indipendentemente dalla fonte di finanziamento; dall'altro, alla necessità di monitorare il completamento delle attività durante il loro svolgimento e non solo al termine del triennio designato.

A questo fine sono stati organizzati degli incontri mensili che coinvolgono tutte/i le/i responsabili progettuali delle ATS e il supporto tecnico FNAS per la Toscana dove, di volta in volta, sono state affrontate tematiche pratiche, quali ad esempio il reperimento di supervisori/e adeguatamente formati/e, e tecniche quali l'alimentazione del sistema di monitoraggio nazionale, la scrittura dei POA e la rimodulazione dei progetti.

In aggiunta agli incontri plenari, inoltre, sono state strutturate delle comunità di pratica che hanno raccolto le ATS in cinque gruppi (di cui uno dedicato alle aree che ricevono esclusivamente i finanziamenti FNPS) allo scopo di creare momenti di *peer learning* e *peer education*. I/le partecipanti hanno deciso autonomamente gli argomenti da trattare durante gli incontri. Allo stesso tempo, lo scambio tra professionalità diverse di ATS diverse, con diverse organizzazioni, ha stimolato l'emersione di dubbi, criticità e problematiche la cui condivisione può portare a nuove soluzioni, all'espansione e sperimentazione di pratiche positive e alla costruzione di una rete di supporto orizzontale da aggiungersi a quella verticale.

Grazie alle comunità di pratica gli/le operatori/trici sociali hanno avuto modo di confrontarsi sulle problematiche emerse nella messa in pratica delle attività di supervisione e di riportare elementi di difficile rilevazione quantitativa che necessitano di attenzioni (e soluzioni) adeguate per procedere con la strutturazione del LEPS Supervisione.

Alcune delle tematiche e problematiche emerse attraverso il territorio toscano sono state:

- Come incentivare la partecipazione alla supervisione individuale (A2)?
In molti ambiti territoriali è stata rilevata tra gli/le assistenti una certa resistenza nel partecipare alla supervisione individuale per molteplici motivi: la mancanza di crediti formativi, la difficoltà ad integrarla con gli orari lavorativi e la diffidenza verso una pratica assimilata quasi alla terapia

individuale. In alcuni casi gli stessi/le stesse coordinatori/trici hanno alimentato un'idea errata di supervisione come un supporto per chi si trova a rischio *burnout* quando la funzione della supervisione individuale è piuttosto quella di confronto e autoriflessione,

- **Coordinatore o assistente sociale?**
Qual è il ruolo che influenza in maniera prevalente l'identità professionale? È fondamentale la creazione di gruppi di supervisione dedicati agli/alle assistenti con funzioni di coordinamento sia per la particolarità delle funzioni attribuite e l'utilizzo di metodologie e strumenti propri dell'organizzazione manageriale e inoltre per evitare che la loro partecipazione ai gruppi più ampi limita la partecipazione degli/ delle altri/e utenti;
- **Localizzazione della supervisione: sì o no?**
Con localizzazione della supervisione si fa riferimento alla conduzione dei percorsi di supervisione in *loco*, senza l'utilizzo di modalità online. Questo, assieme a molti vantaggi, porta con sé anche alcune problematiche: *in primis*, le particolari conformazioni di alcuni territori hanno reso pressoché impossibile garantire i processi di supervisione in presenza. *In secundis*, riunire assistenti sociali provenienti da territori distanti provoca un aggravio del carico di lavoro richiesto per partecipare alla supervisione e, quindi, un disincentivo. Infine, molti/e assistenti segnalano che partecipare a sessioni di supervisione nello stesso luogo in cui lavorano le ha portate ad essere chiamate durante i gruppi, violando così lo spazio mentale e fisico dedicato e il senso stesso dell'attività;
- **Come supportare nel tempo i risultati ottenuti?**
Dalle comunità di pratica è emerso che la supervisione di gruppo (monoprofessionale e non) ha dato un forte impulso nella creazione di relazioni e legami interpersonali tra assistenti sociali e operatori/trici appartenenti ad aree di lavoro diverse che raramente hanno la possibilità di incontrarsi e condividere percorsi di riflessione arricchendo le proprie pratiche con quelle altrui.

Nel corso di uno degli incontri mensili di cui sopra, è stata chiesta agli ambiti, di raccontare la loro esperienza di progettazione e avvio della supervisione e di condividere eventualmente metodi, strumenti e quant'altro fosse loro utile per rispondere alle varie richieste di monitoraggio e/o implementazione. La "narrazione" dell'esperienza di chi ha aderito all'iniziativa di condivisione, ha portato le dott.sse Rosetta Campilongo (Fondazione Territori Sociali Altavaldelsa, Società in house providing della SdS Alta Valdelsa) e Giorgia Tacconi (SdS Alta Val di Cecina-Valdera), a scoprire che, pur non conoscendosi e pur operando in territori differenti, avevano cercato con l'uso di fogli excel, soluzioni simili per affrontare problemi analoghi.

Regione Toscana ha ritenuto rilevante la tematica, e, nell'ottica della valorizzazione e diffusione delle positive esperienze realizzate nei territori, con la collaborazione di Federsanità ANCI Toscana e Simurg, ha creato un gruppo di lavoro, che per un anno si è riunito periodicamente per sviluppare uno strumento di monitoraggio standardizzato dedicato al LEPS Supervisione a partire dalle esperienze di monitoraggio fatte dalla SdS Alta Val di Cecina-Valdera e Alta Valdelsa, uno strumento che comunque potesse essere in grado di tenere conto della complessità organizzativa e amministrativa dei territori toscani.

Lo strumento è stato dunque sviluppato con l'obiettivo di soddisfare le seguenti esigenze:

- Costruire un'anagrafica completa e dinamica del personale coinvolto nelle attività di supervisione;
- Supportare la compilazione e monitoraggio dei POA;

- Supportare l'implementazione degli indicatori di output e degli indicatori comuni richiesti dal progetto PNRR;
- Raccogliere e gestire in modo più efficiente ed efficace le informazioni utili alla rendicontazione delle spese sostenute;
- Rilevare in maniera progressiva e costante partecipazione di assistenti sociali e altre professioni ai processi di supervisione al fine di poter correttamente riportare i risultati ottenuti a livello nazionale ed europeo;
- Permettere estrazioni di dati aggregati durante lo svolgimento delle attività al fine di permettere valutazioni immediate e correzioni sullo svolgimento delle azioni programmate.

Nel corso delle attività del gruppo di lavoro è emerso come queste necessità fossero non solo condivise sul territorio regionale ma anche che lo strumento potesse attraversare un orizzonte temporale a lungo raggio.

Per quanto, infatti, i fondi PNRR facciano riferimento a uno svolgimento triennale, i programmi di Supervisione beneficiano di finanziamenti a livello nazionale (FNPS) che presumibilmente, dato lo status di Livello Essenziale di Prestazione Sociale, verranno erogati d'ora innanzi in maniera strutturata e costante. In previsione di un simile impegno professionale, dunque, è stato ritenuto opportuno creare le basi per un lavoro di rendicontazione e monitoraggio sempre più efficiente e sempre meno gravoso.

Lo strumento sarà dunque in grado di rilevare, alla frequenza dell'aggiornamento, l'anagrafica beneficiari/e dettagliata (nome, cognome, CF, data di nascita, ente di appartenenza, professione, tipo di contratto, ruolo, area di lavoro), il numero e la composizione dei gruppi di supervisione (per le azioni A1, A3 e A4), numero di incontri, numero di ore, registro presenze per ciascun incontro.

Sarà possibile inoltre rilevare il lavoro dei supervisori e monitorare le spese sostenute nonché le modalità di svolgimento e organizzative dei gruppi. L'adozione di un simile strumento a livello regionale porta in sé non solo il potenziale per un più efficiente ed accurato svolgimento dei processi amministrativi relativi al LEPS Supervisione ma anche la possibilità di creare ed analizzare dati omogenei e accurati a livello regionale.

3.3 LEPS Prevenzione dell'allontanamento familiare

Nel contesto tracciato dalla Delibera della Giunta Regionale Toscana 1508/2022, che definisce le linee guida per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale in attuazione del DM 77/2022, il Programma P.I.P.P.I. si inserisce pienamente nella costruzione del sistema integrato territoriale sociale e sanitario, rappresentando uno dei principali strumenti per la realizzazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS), in particolare del LEPS "prevenzione dell'allontanamento familiare".

La DGR 1508 sottolinea l'importanza di un modello di assistenza centrato sulla prossimità, l'integrazione e la personalizzazione degli interventi, orientato a rispondere ai bisogni complessi delle persone e delle comunità, in una logica di presa in carico globale e continuativa. Il Programma P.I.P.P.I., con il suo approccio multidimensionale e partecipativo, incarna questa visione strategica, promuovendo interventi precoci e integrati rivolti ai bambini, alle bambine, agli adolescenti e alle

famiglie in situazione di vulnerabilità.

In particolare, l'attuazione del Programma contribuisce a:

- rafforzare l'integrazione socio-sanitaria tra i diversi attori
- istituzionali e professionali coinvolti nei percorsi di tutela e sostegno alla genitorialità, in coerenza con il principio di “casa come luogo di salute e cura” richiamato dalla DGR 1508;
- potenziare le competenze professionali degli operatori attraverso percorsi formativi condivisi, lo sviluppo di équipes multidisciplinari stabili e l'attivazione di processi di valutazione multidimensionale;
- strutturare risposte territoriali capaci di coniugare la dimensione educativa, sociale, sanitaria e relazionale del benessere dei minorenni, in sinergia con gli strumenti previsti dal Piano Integrato di Salute (PIS);
- valorizzare la partecipazione attiva dei beneficiari, promuovendo pratiche innovative di co-progettazione e co-costruzione dei percorsi di intervento, come dimostrano le esperienze delle “Carte della Partecipazione⁹” e del percorso “Famiglie & Operatori insieme”.

La Regione Toscana, anche attraverso il sostegno tecnico e metodologico del Centro regionale Infanzia Adolescenza (nell'ambito dell'accordo di collaborazione ai sensi della legge 31/2000), ha saputo accompagnare le zone-distretto nella realizzazione di interventi sempre più coerenti con l'approccio delineato nella DGR 1508: un sistema in cui la salute, il benessere e la protezione dei bambini diventano parte integrante delle politiche territoriali integrate, in una prospettiva di equità, universalismo e innovazione sociale.

In questa direzione, P.I.P.P.I. rappresenta non solo un programma specifico di intervento ma un modello operativo trasversale che alimenta la qualità del sistema dei servizi, favorendo la diffusione di pratiche professionali fondate sulla personalizzazione degli interventi, l'integrazione tra servizi e la prossimità relazionale, contribuendo in modo sostanziale al rafforzamento del “modello toscano” di welfare territoriale integrato.

P.I.P.P.I. infatti è il risultato di un innovativo paradigma di azione pubblica, avviato nel 2011, tra il Ministero del lavoro e delle politiche sociali e il LabRIEF (Laboratorio di Ricerca e Intervento in Educazione Familiare) del Dipartimento FISPPA dell'Università di Padova e riconosciuto nel 2021 come Livello Essenziale delle Prestazioni Sociali (LEPS) attraverso l'approvazione del Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali.

L'identificazione del LEPS si basa sulla necessità di garantire l'esigibilità dei seguenti diritti e orientamenti normativi nazionali e internazionali: il diritto di crescere in un ambiente familiare che fornisca sicurezza e protezione (art. 1, L.149/2001; art. 3 Convention on the Rights of the Child - CRC, ONU, 1989) e, contemporaneamente, garantire ai loro genitori il diritto ad esercitare la responsabilità genitoriale (art. 4 CRC) e il diritto al sostegno alla genitorialità previsto dall'art. 31 della Costituzione italiana, all'art. 1 della L.149/2001 e all'art. 18 della stessa CRC. Inoltre, la L.285/1997, all'art. 4, afferma la necessità di predisporre interventi congiunti che si traducano in “azioni di sostegno al minore e ai componenti della famiglia al fine di realizzare un'efficace azione di prevenzione delle situazioni di crisi e di rischio psico-sociale anche mediante il potenziamento di servizi di rete per interventi domiciliari, diurni, educativi territoriali, di sostegno alla frequenza scolastica e per quelli di pronto intervento”(Milani, 2022).

⁹ <https://www.minoritoscana.it/notizie/pippi-carte-della-partecipazione>

L'implementazione del Programma P.I.P.P.I. è avvenuta in 3 fasi:

1. la prima, di sperimentazione, dal 2011 al 2013, con l'adesione di 10 Città italiane riservatarie della L.285/1997: Bari, Bologna, Firenze, Genova, Milano, Napoli, Palermo, Reggio Calabria, Torino, Venezia;
2. la seconda, di estensione alle Regioni e consolidamento, dal 2014 al 2021, tramite l'ingresso di 65 Ambiti territoriali sociali (ATS) in media all'anno, finanziati dal Fondo Nazionale Politiche Sociali (FNPS). In questa fase, la Regione Toscana ha aderito al programma P.I.P.P.I. (nel 2014) con tre zone socio sanitarie. Sempre in questo periodo, vengono approvate in Conferenza unificata Stato-Regioni, le Linee di Indirizzo Nazionali sull'Intervento con Bambini e Famiglie in situazione di vulnerabilità (dic. 2017) che rappresentano, nella loro natura di soft law, una tappa cruciale nel percorso di stabilizzazione di P.I.P.P.I. nel FNPS;
3. la terza fase, dell'universalizzazione, dal 2022 al 2026. Durante questo periodo, il 30.04.2021, viene approvato il Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) da parte della Commissione Europea che, nella Missione 5C2, Inclusione e Coesione, Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore, linea di Investimento 1.1.1, riguardante P.I.P.P.I., prevede un finanziamento per 400 ulteriori ATS. Questo permette a Regione Toscana di coinvolgere per la prima volta contemporaneamente tutte le 28 zone socio sanitarie toscane.

Inoltre, va sottolineato che nella Regione Toscana da diversi anni sono state messe in collegamento le risorse del Programma P.I.P.P.I. con quelle provenienti da altre fonti di finanziamento. Attraverso la DGR 998 del 27/12/2020 è stato delineato il modello di sviluppo regionale di Promozione, Prevenzione e Protezione dell'infanzia e dell'adolescenza basato sul principio di intervento preventivo e promozionale e sull'approccio integrato e multidimensionale ai bisogni complessi delle famiglie in situazione di vulnerabilità.

Negli indirizzi della Regione Toscana sono evidenti i richiami metodologici al modello P.I.P.P.I. che, anche precorrendo quelli che sono stati gli atti di riconoscimento nazionali, ha avuto l'intuizione di "esportare" anche oltre i confini degli interventi della tutela, intendendo trasformarli in modelli di lavoro e intervento in chiave preventiva, prima ancora che riparativa, in tutti quei contesti in cui la multifattorialità dei bisogni merita di essere accompagnata da risposte altrettanto articolate, complesse ma efficaci e adeguate. Ne sono un esempio la DGR 769 del 10 giugno 2019 attraverso la quale sono stati adottati gli Indirizzi per il lavoro in équipe multidisciplinare che definiscono il modello di intervento integrato sull'area della prevenzione della genitorialità vulnerabile e della promozione della genitorialità positiva approfonditi ed integrati nelle scheda 38 e 40 allegate al P.S.S.I.R. 2018-2020.

Secondo quanto riportato nel report di valutazione - sintesi 2022-2024, relativo all'undicesima implementazione LEPS P.I.P.P.I. PNRR – FNPS, risultano 1060 gli operatori di equipe multidisciplinare (E.M.), 96 i Coach e 36 i Referenti Territoriali (R.T.) coinvolti nel programma. Per quanto riguarda invece le famiglie, risultano essere 227 e 231 coinvolti bambini su 24 zone socio sanitarie interessate dall'undicesima implementazione di P.I.P.P.I. LEPS.

Durante gli anni di implementazione del programma inoltre, Regione Toscana, sempre nell'ambito delle attività in collaborazione con il Centro regionale Infanzia adolescenza, ha promosso iniziative di ricerca e sperimentazione, anche di respiro innovativo. Di particolare rilievo è stato il percorso di co-costruzione con le famiglie di uno strumento denominato Carte della Partecipazione finalizzato

a favorire la partecipazione delle famiglie e dei bambini, bambine, ragazzi e ragazze ai loro percorsi di accompagnamento e ai processi decisionali che li riguardano.

Le Carte della Partecipazione possono essere considerate quindi una buona pratica partecipativa realizzata grazie alla collaborazione fra famiglie, bambini, bambine, ragazzi, ragazze e operatori che hanno in sé una duplice portata trasformativa su vari livelli complementari. In primo luogo, sul piano dell'etica, le Carte declinano in pratica autentica il principio/diritto dei bambini, bambine, ragazzi e ragazze alla partecipazione sancito dalla Carta dei diritti dell'Infanzia e dell'adolescenza. In secondo luogo le Carte rispecchiano anche una componente tecnica, in quanto l'ascolto non è una buona intenzione, ma richiede competenze tecnico professionali. In questo senso quindi le Carte agiscono come un mediatore della comunicazione attraverso il quale possono essere espressi e negoziati significati e consensi. Il processo di co-costruzione delle carte può essere quindi considerato come *“una ricerca-azione di tipo partecipativo; una ricerca che coinvolge le categorie di persone che generalmente si percepiscono senza potere, in un processo di presa di coscienza delle proprie risorse e potenzialità in modo da mobilitarle per affrontare i problemi della comunità stessa in cui le persone sono inserite, nel nostro caso il problema/tema della partecipazione ai processi decisionali che li riguardano”* (Carte della Partecipazione – Quaderno operativo, 2021).

3.3.1 Sperimentazione Percorso “Famiglie & Operatori insieme”

Il percorso “Famiglie & Operatori insieme” è un percorso che ha visto coinvolti famiglie e operatori, nell'ambito del programma P.I.P.P.I., spinti dalla convinzione che genitori, bambini, bambine e adolescenti abbiano il diritto di partecipare ai processi decisionali che li riguardano, in quanto la partecipazione è un diritto sancito dalla normativa nazionale e internazionale, sostenuto anche da ragioni etiche, metodologiche e professionali. La partecipazione consente a bambini e bambine e alle loro famiglie di diventare protagonisti della propria storia attraverso l'esercizio della capacità di scegliere e ciò permette di riconoscere il “sapere” delle famiglie.

Il percorso ha coinvolto operatori e famiglie di cinque zone socio sanitarie toscane, il Referente regionale del LEPS P.I.P.P.I. tre ricercatori e la professoressa Paola Milani responsabile del coordinamento scientifico del LEPS P.I.P.P.I.. Questo percorso ha preso avvio dalla caparbia di alcuni referenti e operatori del territorio toscano che da anni hanno dimostrato in fatti ed azioni che un altro modo di lavorare con le famiglie è possibile. Erano anni che ci si pensava e come ha detto un papà nel primo incontro “non si capisce cos'altro c'era da aspettare”. Le famiglie hanno un sapere sui loro figli e sulle relazioni interne che ricercatori e operatori non possono avere. Gli operatori hanno un sapere che le famiglie non hanno e pertanto solo mettendo insieme questi due saperi, si può vedere la realtà delle famiglie in maniera un po' più ampia e più profonda, come ha sottolineato all'ultimo incontro la Prof.ssa Paola Milani. Tale percorso ha permesso a piccoli e grandi di accogliere saperi e sguardi di tutti: operatori, famiglie, bambini/e e ricercatori ampliando ed approfondendo la realtà delle famiglie. Ha permesso di stare fianco a fianco con le famiglie, superando la logica esperto/utente facilitando un dialogo aperto e autentico attraverso uno sguardo gentile e accogliente. Ha avviato un processo di trasformazione che coinvolge famiglie, operatori e ricercatori, nel quale si possono sperimentare sentimenti ed emozioni gioiose ed uno stare insieme giocoso, aldilà del mito della distanza professionale.

Il percorso si è svolto in 10 incontri, 6 tra operatori e ricercatori e 4 presso gli spazi dell'istituto degli Innocenti, fra famiglie, operatori e ricercatori nelle seguenti date:

- 7 ottobre 2023
- 27 gennaio 2024
- 18 maggio 2024
- 21 settembre 2024

Gli incontri in cui le famiglie non erano presenti sono serviti a sintetizzare, codificare individuare l'avvio, lo spunto per l'incontro successivo. Il percorso è stato trasformativo sia per le famiglie, sia per gli operatori ed i ricercatori: ha messo in evidenza gli aspetti del potere nelle relazioni di aiuto e ha consentito di scardinare ruoli e funzioni che caratterizzano le relazioni fra famiglie ed operatori. Durante l'ultimo incontro sono state realizzate interviste a tutti i partecipanti al percorso: genitori, bambini, bambine, ragazzi, ragazze, operatori, operatrici, ricercatori e ricercatrici, nonché all'Assessora Politiche sociali, edilizia residenziale pubblica e cooperazione internazionale e al dirigente del Settore Welfare e innovazione sociale. Parti delle singole interviste, associate a foto e materiali vari raccolti durante gli incontri hanno permesso la realizzazione di un video di documentazione presentato durante il convegno in ricorrenza della Giornata internazionale dei diritti per l'infanzia e l'adolescenza svoltosi il 20 novembre 2024 presso il Salone Brunelleschi. Il video è visionabile al seguente link: <https://vimeo.com/1029558401?share=copy#t=0>.

A conclusione di questa prima esperienza possiamo dire che l'integrazione fra il sapere esperienziale delle famiglie ed il sapere accademico ha contribuito a migliorare la capacità di accompagnare e sostenere queste famiglie e ad accrescere il desiderio delle famiglie 'esperte' di mettersi in gioco con altre famiglie che attraversano situazioni di vulnerabilità. Questo è stato testimoniato sia durante tutto il percorso dalle parole degli operatori, operatrici e famiglie, sia dal fatto che successivamente alla conclusione del percorso, tre genitori hanno partecipato, come esperti per esperienza, ad un seminario sul dispositivo dei gruppi con i genitori e con i bambini organizzato sempre dal Centro regionale Infanzia e adolescenza in collaborazione con Regione Toscana.

Al fine di narrare questa efficace esperienza toscana, inoltre, Regione Toscana e il Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza stanno elaborando una pubblicazione in collaborazione con il gruppo scientifico dell'Università di Padova, gli/le operatori/operatrici e le famiglie e i bambini, bambine e adolescenti che hanno partecipato a tale percorso.

3.4 Presa in carico sociale/lavorativa

3.4.1 L'integrazione intersettoriale e la comunità di pratica

L'Atto regionale di contrasto alla povertà, nel porsi come priorità quella di uscire dalla mera erogazione di risorse monetarie – caratteristica categoriale del nostro sistema di welfare (un quarto circa delle prestazioni dei servizi sociali si traducono in trasferimenti in denaro) – attraverso la presa in carico come processo di “praticabilità del diritto” dei cittadini e delle cittadine, sottolinea la necessità che il servizio sociale debba dialogare in primis con il sistema dei centri per l'impiego, rafforzando il rapporto con scuola, politiche abitative, servizi per le dipendenze, servizi per la salute mentale, servizi per la disabilità, in un sistema che coinvolga anche gli Enti del Terzo settore come co-protagonisti.

Sulla spinta della definizione come LEPS dei processi di presa in carico previsti dal Reddito di Cittadinanza¹⁰, i percorsi attivati hanno progressivamente incluso la dimensione occupazionale-lavorativa promuovendo la partecipazione del Settore lavoro di Regione Toscana e dell'Agenzia Regionale Toscana per l'Impiego (A.R.T.I.), proprio in relazione alla necessità di costruire pratiche integrate centrate sulla persona, ovvero percorsi interprofessionali e multidimensionali che orientassero alla realizzazione di micro equipe sociale-lavoro.

Come sappiamo infatti l'integrazione tra i due settori è prevista dalle norme che hanno introdotto le misure nazionali di contrasto alla povertà ma affonda le sue radici anche in pratiche precedenti, quali i tirocini di inclusione, il collocamento mirato delle persone con disabilità, il Programma Operativo Regionale ed il progetto regionale Giovanisì, finanziato dal Fondo Sociale Europeo, per l'autonomia dei giovani, i progetti FAMI COMMIT e TEAMS.

L'integrazione tra operatori del sociale e del lavoro si è resa quindi sempre più necessaria ma l'effettiva collaborazione non è omogenea su tutto il territorio toscano: è quindi estremamente utile poter condividere gli strumenti e le modalità di lavoro che possono essere mutuati anche in luoghi diversi, con i necessari aggiustamenti.

Il percorso di interazione tra servizi sociali e del lavoro all'interno della Comunità di Pratica per l'inclusione sociale in Toscana (nata nel 2020 dalla collaborazione tra Regione Toscana, Anci Toscana e l'Istituto di Ricerca Sociale di Milano IRS) ha preso avvio nella seconda metà del 2021 con l'attivazione di un'apposita call per la raccolta e lo scambio di buone pratiche, strumenti e modelli di lavoro tra territori a sostegno delle vulnerabilità.

Dopo un inquadramento della governance del sistema e dell'organizzazione dei servizi, attraverso un lavoro di mappatura delle principali esperienze in campo in Toscana, ci si è concentrati sulle esperienze più interessanti di integrazione interprofessionale. Perno intorno a cui ci si è mossi è stato il lavoro di équipe, quale luogo per eccellenza di ricomposizione tra professioni, servizi e risorse finanziarie. Cronologicamente significativo risulta poi l'intreccio con il Programma Garanzia Occupabilità dei Lavoratori - GOL: un'azione di riforma del sistema delle politiche attive del lavoro e della formazione professionale promossa nell'ambito della Missione 5 Componente 1 Riforma 1.1. del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), finanziato con i fondi europei di Next Generation EU.

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

Il reinserimento lavorativo è infatti punto di partenza e terreno di incontro dove fare confrontare le diverse professionalità e trarre sintesi dagli stimoli provenienti dalle specifiche competenze. L'obiettivo è l'individuazione di strumenti multidimensionali e complessi centrati sulla necessità a) di conservare percorsi di capacitazione e b) di individuare e condividere con i destinatari di ciascun intervento traguardi concreti e negoziabili. In particolare nell'ambito dell'Avviso del percorso 4, dedicato ai soggetti vulnerabili, si è previsto - dato il profilo di particolare fragilità dei beneficiari -

¹⁰ Introdotto dal DL 4/2019 è una misura di politica attiva del lavoro e di contrasto alla povertà, alla disuguaglianza e all'esclusione sociale che ha sostituito il precedente Reddito di Inclusione e che a partire dal 1 gennaio 2024 è stato a sua volta sostituito dall'Assegno di Inclusione e dal Supporto Formazione e Lavoro (DL 48/2023).

esplicitamente una presa in carico socio-lavorativa integrata e a una collaborazione tra sociale e lavoro, tramite l'attivazione di un'equipe multidisciplinare formata da operatori dei CPI e dei servizi territoriali socio-sanitari per l'individuazione dei percorsi più idonei, tra le misure previste, per supportare il processo di inserimento socio-lavorativo dell'utente e contestualmente sviluppare un modello unitario di presa in carico integrata, che preveda un unico punto di accesso, tra il sistema socio-sanitario pubblico, i soggetti del Terzo settore e i Centri per l'Impiego territoriali.

A partire dal 2022 la Comunità di pratica ha ulteriormente ampliato lo sguardo per ricomprendere i servizi connessi alle Dipendenze e alla Salute Mentale e nel 2024 anche la questione dell'abitare, intesa come strumento all'interno dei percorsi di inclusione. Centrale dunque il tema del funzionamento di equipe multi-professionali con un grado elevato di sistematicità, coerenza, omogeneità e diffusione territoriale, correlato al tema del modello One Stop Shop¹¹, inteso come Porta Unitaria di Accesso per i percorsi di presa in carico integrata.

3.4.2 Le linee guida per l'integrazione sociale-lavoro

L'all. A alla DGR 917/21 "Tavolo regionale della Rete della protezione e dell'inclusione sociale - Funzioni e organizzazione¹²" all'art. 6 specifica che per particolari argomenti che necessitino approfondimenti tecnici o in vista della definizione di documenti o strumenti operativi di interesse regionale, la Cabina di Regia tecnica del tavolo regionale può costituire gruppi di lavoro ristretti.

Alla luce di quanto rilevato in precedenza, a dicembre 2022 è stato costituito un gruppo di lavoro tra rappresentanti degli Ambiti territoriali facenti parte della Cabina di Regia, rappresentanti di ANCI, funzionari del settore Lavoro e del settore Welfare e innovazione sociale della Regione Toscana e rappresentanti di ARTI¹³ per l'elaborazione di linee guida per l'integrazione sociale-lavoro. Le linee guida sono state approvate dal Tavolo regionale nella seduta dell'11 maggio 2023 e successivamente con deliberazione della Giunta regionale n. 544 del 15/05/2023 "Tavolo regionale della rete per la protezione e inclusione sociale - approvazione linee guida integrazione sociale lavoro".

Il documento ha dettato il quadro generale entro cui strutturare equipe multidisciplinari per la presa in carico e l'accompagnamento delle persone in situazione di fragilità e vulnerabilità sociale che necessitano di un approccio integrato e di sostegno per percorsi personalizzati di inclusione e cittadinanza, con particolare attenzione alla collaborazione tra ambito sociale e ambito delle politiche attive del lavoro. In questa prospettiva si colloca l'istituzione di un servizio di secondo livello, permanente, riconoscibile e accessibile (denominato "SILL", servizio integrato inclusione e lavoro) che possa fare da "pivot" rispetto alla rete dei servizi, con personale stabilmente dedicato

11 Su questa linea si è posto il progetto Reticulate che ha realizzato quattro One-Stop-Shop in quattro aree della Toscana proprio per agevolare la fruizione dei servizi sociali e di quelli dei servizi per l'impiego da parte della popolazione in condizioni di maggiore vulnerabilità ed il progetto FAMI WE IN, che prevede l'accompagnamento per l'attivazione e il rafforzamento di reti di governance multilivello sociale/lavoro al fine di qualificare e potenziare l'offerta dei servizi destinati ai Cittadini di Paesi Terzi, partendo da 7 territori e diffondendo le pratiche elaborate verso le 28 zone distretto del territorio regionale.

12 Il Dlgs n. 147/2017 all'art. 21 stabilisce l'istituzione, presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, della Rete della protezione e dell'inclusione sociale quale organismo di coordinamento del sistema degli interventi e dei servizi sociali di cui alla legge n. 328 del 2000 e l'articolazione della Rete in tavoli regionali e a livello di ambito territoriale, prevedendo che le Regioni definiscano le modalità di costituzione e funzionamento dei tavoli, nonché la partecipazione e consultazione delle parti sociali e degli organismi rappresentativi del Terzo settore. Funzioni e organizzazione del Tavolo regionale toscano sono state stabilite con la DGR 917/21.

13 ARTI, istituita con la Legge regionale n. 28 del 8 giugno 2018, è un ente dipendente della Regione Toscana a cui è attribuita in primis la funzione di gestione della rete regionale dei centri per l'impiego, nonché delle misure di politica attiva e dei servizi erogati a cittadini e imprese.

volto principalmente ai processi di Inclusione e Lavoro su tutti i territori toscani. Un nuovo servizio che non duplichi l'esistente, ma lo integri strutturalmente e che, in tempi connessi con gli obiettivi del progetto personalizzato concordato con la persona stessa, la accompagni in un percorso di occupabilità che ricomponga, anche con modalità di network, le diverse dimensioni del bisogno e delle aspirazioni della persona.

Il necessario punto di partenza è la costituzione di equipe multidisciplinari stabili a livello territoriale che possano superare i limiti – temporali e di operatività - delle varie progettualità, programmi o fonti di finanziamento, prendendo in carico in particolare tutti i casi in cui sia richiesta un'integrazione socio-lavorativa a fronte di bisogni complessi. L'equipe multidisciplinare (da ora in poi EM) si connota come punto di riferimento territoriale per la conoscenza dei fenomeni sociali e del mondo del lavoro, per l'analisi dei fabbisogni, l'impostazione di strategie per l'inclusione e la programmazione di interventi. La dimensione territoriale ottimale di riferimento dell'EM è rappresentata dall'ambito territoriale sociale (ATS) di cui alle LLRR 40 e 41 del 2005 e ss.mm.ii., tenuto conto anche dell'organizzazione territoriale dei Centri per l'Impiego.

La DGR 544/23 prevede un'organizzazione su due livelli:

1. Equipe essenziale: formata da Centro Impiego/Servizio sociale strutturalmente definita nella composizione e nel funzionamento – in termini di livello essenziale di prestazione – con una modalità che permetta ai diversi territori toscani di articolare il servizio secondo le caratteristiche geografiche, demografiche, sociali, di governance del territorio stesso;
2. Equipe allargata: integrazione e rafforzamento dell'equipe minima con altri servizi pubblici e enti del terzo settore chiamati in campo in relazione a specifiche progettualità e/o alle diverse tipologie di bisogno e svantaggio della persona, con particolare riferimento ai servizi della formazione e ai servizi dipendenze e salute mentale e altri servizi sanitari, ai servizi dell'amministrazione penitenziaria e quelli per le politiche abitative nel caso di complessità collegate al proprio ambito di intervento; il lavoro dell'equipe è rafforzato dalla presenza di tali servizi secondo un approccio di recovery e risolvendo i problemi connessi con la privacy nei processi di lavoro multi-professionale dell'equipe.

La delibera ha stabilito anche un ulteriore passaggio: la definizione di alcune linee guida operative flessibili in modo che si adattino alle varie peculiarità territoriali.

3.4.3 Le linee guida operative per le equipe multidisciplinari

Nello stesso periodo in cui veniva approvata la DGR 544/23, a livello nazionale con il decreto-legge 4 maggio 2023 n. 48 è stata varata la riforma della misura nazionale di contrasto alla povertà con l'abolizione della misura universalistica del Reddito di Cittadinanza e la nascita delle misure categoriali dell'Assegno di Inclusione e del Supporto per la Formazione ed il lavoro. In particolare, all'art. 6 comma 2, il DL 48/2023 prevede che la valutazione multidimensionale sia effettuata da operatori del servizio sociale competente del Comune o dell'Ambito territoriale sociale e, qualora necessario, la stessa sia svolta attraverso una equipe multidisciplinare definita dal servizio sociale coinvolgendo operatori afferenti alla rete dei servizi territoriali.

Tra i vari decreti attuativi seguiti al decreto-legge, rilevano in particolare le nuove "Linee guida per la definizione degli strumenti operativi per la valutazione multidimensionale e per la definizione

dei Patti per l'inclusione sociale” e le “Linee guida per la costruzione di Reti di servizi connessi all’attuazione dell’Assegno di Inclusione”.

Anche nell'utilizzo dei fondi nazionali e europei, infine, diventa sempre più necessario coordinare tra loro strumenti e percorsi attivabili a favore di persone svantaggiate, prevenendo potenziali rischi di sovrapposizioni o disparità territoriali: il riferimento, ad esempio, è alla necessità di integrare positivamente le misure finanziabili con i fondi FSE+ e PNRR Missione 5 C1, Investimento 1.1 “Politiche attive del lavoro e formazione” - Programma Nazionale Garanzia Occupabilità dei Lavoratori (GOL), in particolare per quanto riguarda il percorso 4 Lavoro e Inclusione, che prevede equipe multidisciplinare, presa in carico integrata, valutazione multidisciplinare e predisposizione di un progetto personalizzato di inclusione lavorativa.

Il gruppo di lavoro regionale già attivato per la stesura delle linee guida per l'integrazione sociale-lavoro ha elaborato le linee guida operative per l'EM approvate poi con la DGR 1627 del 23.12.2024 “DGR 544/23 Linee guida integrazione sociale lavoro – approvazione linee guida operative equipe multidisciplinari”.

Questi i contenuti del documento:

- Attivazione;
- Strutturazione dell'equipe multidisciplinare integrata;
- Costituzione dell'equipe e modalità di coinvolgimento degli operatori:
Collaborazione con il Terzo Settore;
- Modalità operative;
- Strumenti condivisi:
Profilo dei bisogni e delle potenzialità.

Rileva in particolare il tema della costituzione dell'EM: dopo avere mappato e attivato incontri con i vari attori da coinvolgere, è previsto quello della formalizzazione tramite protocollo d'intesa/accordo. Questo perché è importante garantire il passaggio delle informazioni necessarie all'EM, raccolte tramite condivisione di dati e informazioni, opportunità e risorse, nel rispetto della privacy e dei principi di appropriatezza della spesa. In Toscana, la Valdinievole è stata la prima zona a formalizzare – a febbraio 2025 - questo genere di collaborazione tra servizi sociali, sociosanitari e del lavoro, che già si stava sperimentando da tempo. Il modello di presa in carico integrata tra servizi sociali, sociosanitari e lavoro, infatti, è stato sviluppato negli anni grazie alla collaborazione tra Società della Salute e Centri per l'Impiego della Valdinievole che, insieme, hanno lavorato per favorire i processi di attivazione sociale e lavorativa delle persone più fragili.

3.4.4 Gli sviluppi futuri

L'attivazione delle équipe sociale-lavoro è attualmente condizionato sia da fattori strutturali (regolazione e programmazione delle politiche) sia da fattori locali: per questo nel corso del 2025 saranno organizzati incontri territoriali (uno per ciascuna area vasta) di presentazione e discussione delle linee guida, anche per favorirne la diffusione. Inoltre anche il percorso della Comunità di pratica 2025 si concentrerà sull'equipe multidisciplinare sociale – lavoro, prevedendo di raccordarsi oltre che col Settore Welfare e Innovazione anche col Settore Lavoro di Regione Toscana e con ARTI, continuando a coinvolgere i servizi sociosanitari, ed avendo come orizzonte delle policy regionali la promozione in tutte le zone di One Stop Shop di accesso e presa in carico con le suddette équipe

integrate, come base minima per un accompagnamento multidimensionale e multiprofessionale delle fragilità.

Il lavoro con la Comunità mira anche ad acquisire informazioni preliminari con riferimento, in particolare, all'emersione di:

- dimensioni di criticità sulle quali orientare l'attenzione nello sviluppo del percorso;
- esperienze di successo di équipe integrate lavoro-sociale che sono state più in grado, nel contesto considerato, di raggiungere i destinatari ed avviare percorsi efficaci e rispondenti ai bisogni e che potrebbero per questo funzionare da "casi guida" per ispirare ed accompagnare i territori che hanno avuto più difficoltà;
- l'identificazione più precisa dei fattori strutturali, critici e di successo, incontrati nell'attuazione dei progetti, che ostacolano il raggiungimento degli obiettivi e sui quali possono intervenire dal punto di vista programmatico e regolativo i livelli di governo sovralocali.

Con la collaborazione di ANCI Toscana si organizzeranno quindi alcune interviste o focus group, rivolti ai rappresentanti del servizio sociale e del settore lavoro, sia operatori che responsabili, appartenenti ad un numero selezionato e limitato di zone; inoltre nel corso dei seminari di presentazione delle linee guida organizzative per l'équipe multidisciplinare rivolti alle tre aree vaste (vedi sopra), saranno raccolte ulteriori informazioni e valutazioni dei territori attraverso un questionario o altro strumento di raccolta anonimo rivolto a tutti i partecipanti.

Con il progetto WE IN Toscana "Work, Empowerment, INclusion Toscana", finanziato a dicembre 2024 sull'Avviso pubblico multi-azione "Piani d'intervento regionali per l'integrazione dei cittadini di Paesi terzi" del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali a valere sul Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2021-2027, si continuerà a lavorare - tra le altre cose - sul rafforzamento delle citate linee guida per l'integrazione tra servizi sociali e servizi per il lavoro. Il progetto infatti intende rispondere alla necessità di facilitare l'accesso dell'utenza (in questo specifico caso cittadini di Paesi Terzi) ai servizi locali di welfare e per il lavoro, attraverso un approccio di one-stop-shop (in 7 territori di sperimentazione) e di presa in carico integrata, per evitare l'esclusione sociale e il rischio di povertà e promuovere un inserimento lavorativo legale, più stabile e di qualità.

La DGR 1627/2024 ha inoltre stabilito di attivare un percorso di elaborazione condivisa nel gruppo di lavoro intersettoriale della Cabina di Regia del Tavolo regionale della rete per la protezione e inclusione sociale in particolare per quanto riguarda il profilo dei bisogni e delle potenzialità: questo è uno strumento di lettura trasversale che attinge alle specifiche condizioni individuali e di contesto che caratterizzano il vissuto di ciascuna persona a prescindere dalla appartenenza a determinate categorie sociali.

Il profilo si prefigura come uno strumento universale, che può/potrebbe essere destinato a tutte le persone-potenziali beneficiari dei servizi coinvolti nell'integrazione.

Tale caratteristica lo rende pertanto uno strumento altamente flessibile e che potrebbe quindi consentire di porre a monte, nell'individuazione delle persone in condizioni di fragilità, eventuali criteri di priorità di intervento derivanti da scelte politiche e programmatiche.

Questo strumento potrà essere costruito a partire da un'elaborazione degli strumenti già in uso presso i servizi coinvolti.

PARTE SECONDA

**TRAIETTORIE E
PERCORSI PER IL
SERVIZIO SOCIALE**

4. IL PIANO NAZIONALE DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI 2024-2026 E LE LINEE GUIDA REGIONALI

In questo capitolo vengono evidenziati le linee di fondo e gli elementi essenziali contenuti nel Piano degli Interventi e dei Servizi Sociali 2024-2026¹ e nelle *Linee guida regionali povertà*, (DGRT 682 del 26/05/2025)² come atto di indirizzo emanato dalla Regione Toscana in applicazione del Piano Nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà. Si tratta di un vademecum o, se si vuole, di una sorta di indice ragionato derivante che potrà eventualmente risultare utile nella lettura del ponderoso materiale di pianificazione, alla cui ricchezza si rimanda volentieri. Non abbiamo per scelta indicato le risorse che sono espone in comode tabelle nei due strumenti di pianificazione e che possono essere lette in connessione con quanto espresso sinteticamente qui di seguito

1 <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita-poverta-ed-esclusione-sociale/focus/piano-nazionale-interventi-e-servizi-sociali>

2 <https://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/DettaglioAttiGxml?codprat=2025DG00000000764>

4.1 La struttura del piano

Il Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2024-2026 (da qui in poi Piano Nazionale) emanato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, delinea la strategia italiana per il settore sociale nel triennio di riferimento. Il documento è strutturato in tre capitoli principali: un quadro generale di riferimento, il Piano Sociale Nazionale e il Piano Nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà. Con il Decreto legislativo 147/2017 e la costituzione della Rete della Protezione e inclusione sociale, il Piano Nazionale comprende i tre maggiori fondi sociali (Fondo nazionale per le politiche sociali, Fondo povertà, Fondo per le non autosufficienze) ad altrettanti Piani “di natura triennale con eventuali aggiornamenti annuali”, elaborati dalla stessa Rete: il Piano sociale nazionale, Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà, il Piano per la non autosufficienza. I primi due sono stati elaborati per i trienni 2018-2020 e 2021-2023, il terzo per i trienni 2019-2021 e 2022-2024.

Si ritiene opportuno riportare qui un estratto dall'attuale Piano che, a parere di chi scrive, meglio indica la strategia di fondo che lo strumento intende promuovere e rispetto alla quale misurare concretamente le relative policy che verranno promosse:

“In questo quadro, questo Piano Nazionale intende consolidare la costruzione, nei prossimi anni, di un sistema di prestazioni alla persona e alle famiglie che (...) sia in primo luogo “universalistico” (benché talvolta di un necessario “universalismo selettivo”) “protettivo” e di “prossimità” e quindi effettivamente in grado di garantire il diritto all’equità dell’accesso al sistema di welfare da parte dei cittadini in ogni parte del Paese, superando gli attuali divari territoriali, diffusamente segnalati nei dati sulla spesa appena sopra riportati. Tale finalità primaria di questo Piano si declina operativamente grazie all’investimento sui LEPS, così come descritto nel paragrafo 1.1. e nell’attenzione trasversale a promuovere il valore di un autentico coinvolgimento dei singoli beneficiari e dei singoli servizi, attraverso il metodo della partecipazione dei cittadini ai progetti che li riguardano.

È questo metodo, infatti, che contribuisce a una compiuta e (ri)costruita abilità delle persone a riconquistare quanto più possibile autonomia e capacità di autodeterminazione, espansione delle libertà, così da poter essere in condizione non solo di riconoscere le opportunità di ripresa e di re-inclusione nei circuiti della cittadinanza attiva, ma anche di operare a propria volta come moltiplicatore e acceleratore di solidarietà e di valore sociale.”

4.1.1 Principi di fondo e trasversalità

In estrema sintesi i principi ispiratori del Piano vengono declinati in 9 punti, che si riportano qui, sinteticamente, per l'evidente interesse che generano proprio ai fini dei processi di programmazione regionali e territoriali e della governance di sistema, cui il Piano dedica uno specifico paragrafo.

1. Effettività, trasparenza e accountability

L'effettività delle politiche sociali e delle azioni che esse sostengono, la trasparenza dell'agire amministrativo e affidabilità delle scelte o *accountability*.

2. Responsabilità condivise

Il cambiamento provocato dall'applicazione del principio costituzionale di sussidiarietà

orizzontale determina un diverso equilibrio tra intervento statale e intervento privato e un cambiamento dello status degli attori e delle loro relazioni. Si tratta di un tema di grande rilevanza all'interno del Piano, un filo rosso che lo attraversa e che si collega, appunto al tema della governance e al fondamento del principio di sussidiarietà: segnaliamo in particolare il box 3 e il box 4 del Piano Nazionale per una sintesi contenutistica e normativa della materia e il box 5 per un panorama sulla normativa relativa alle Regioni, in cui campeggia la Regione Toscana.

Per usare le parole del Piano Nazionale si tratta di *“un rinnovato paradigma culturale che considera la “funzione pubblica” come una dimensione di lavoro condivisa che ingaggia e coinvolge sia la PA, nelle sue diverse articolazioni, sia gli ETS, in quanto espressione di qualificata e autonoma iniziativa dei cittadini in forma associata, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà.”*

Si vogliono solo indicare alcuni incisi che rilevano per il particolare angolo visuale dal quale si pongono:

- il primo riguarda la “buona” capacità di governance degli ATS e introduce una sorta di “caveat” rispetto alla capacità di evitare ogni indebita forma di sostituzione e/o di delega di funzioni pubbliche agli ETS e ogni strumentalizzazione per garantire piuttosto la piena attivazione di un equilibrato processo di partenariato fra ETS e PA, in maniera uniforme in tutto il Paese;
- Il secondo ha a che vedere con le risorse informali e la prossimità esplicitamente “invocata” attraverso una citazione della Legge di Bilancio 30 dicembre 2021, n. 234 -comma 162 laddove si considerano i LEPS dell’area non autosufficienza e nell’elencare i servizi sociali di sollievo per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie si indica, oltre agli istituti dell’Amministrazione Condivisa *“l’attivazione e l’organizzazione mirata dell’aiuto alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità”*;
- Il terzo si lega al concetto di rete temporanea e plurale che, applicato agli strumenti della programmazione e della coprogettazione, viene definito un “assetto e infrastruttura per la realizzazione di progettualità condivise”: anche attraverso vere e proprie *“comunità di pratica” capaci non solo di soddisfare le istanze espresse dalla comunità, ma di intercettare, anticipandoli, i bisogni latenti della comunità stessa*. Il Piano Nazionale, a questo proposito, lancia una ulteriore sfida secondo la quale, posto quanto stabilito dal Codice del Terzo settore rispetto all’utilizzo degli strumenti dell’amministrazione condivisa riservato esclusivamente agli ETS, fa emergere la necessità di capire come coniugare tali strumenti al diritto di partecipazione attiva dei cittadini e di ogni altro soggetto portatore di interessi utile al raggiungimento dei fini istituzionali di cui all’articolo 1, comma 1 della L. n. 328/2000. Si tratta qui del percorso che Regione Toscana ha decisamente imboccato di distinzione e sinergia tra l’endo-procedimento della coprogrammazione, cui può seguire la coprogettazione, e i percorsi di partecipazione e di coinvolgimento delle comunità e delle reti territoriali. Insomma si evidenzia un terreno fertile, per quanto non risolto nel Piano Nazionale, che interessa la ricorsività “infrastrutturale” dei processi di programmazione e partecipazione;
- da ultimo un’ulteriore considerazione che Il Piano Nazionale fa emergere e che può essere probabilmente collegata al “caveat” citato al primo punto sopra indicato; si riporta qui ancora una volta il testo del Piano Nazionale *“con la progressiva definizione da parte della*

normativa statale e regionale di livelli essenziali delle prestazioni sociali non solo nella componente di trasferimento monetario, ma anche in quella progressiva dei livelli qualitativi delle prestazioni, si gettano le basi per il riconoscimento di un vero e proprio diritto individuale alla presa in carico da parte dei servizi sociali e all'esigibilità delle relative prestazioni e il margine di intervento degli istituti della co-programmazione e della co-progettazione tende, inevitabilmente, a ridursi". Un passaggio questo che necessiterebbe una attenzione meno marginale e che appare a chi scrive piuttosto complesso proprio sotto il profilo dell'Amministrazione condivisa.

3. Supportare e potenziare l'integrazione tra le politiche pubbliche

Il Piano Nazionale utilizza qui una ulteriore declinazione del concetto di rete indicando la necessità di sviluppare "paradigmi nuovi" (retro-innovazione?) di presa in carico attraverso la creazione di Reti istituzionali che consentano, innanzitutto, l'interazione tra il mondo sociale e sanitario per l'attuazione sinergica dei LEPS e dei LEA, oltre che la creazione di uno stretto raccordo con il sistema giudiziario, dell'istruzione e della formazione, delle politiche del lavoro e delle politiche abitative.

Le équipes multidisciplinari vengono delineate in funzione della presenza dell'Assistente sociale del Comune di competenza della persona o del nucleo beneficiario, affiancato da altre figure professionali interne, quali l'educatore e lo psicologo, nonché da uno o più referenti delle altre Istituzioni competenti (Centro per l'Impiego, Distretto sanitario, Istituzioni scolastiche, Servizi abitativi, ecc.) per realizzare i risultati concordati e condivisi all'interno delle équipes, grazie anche al LEPS Supervisione del personale dei servizi sociali in prospettiva multiprofessionale. Tratteremo questa specifica declinazione in connessione con la DGRT 682/2025 recante le Linee regionali per gli interventi ed i servizi sociali di contrasto alla povertà 2024-2026, atto regionale derivante dal Piano Nazionale, che ne fa un punto centrale dello sviluppo del welfare territoriale. Giova qui riportare una indicazione, già contenuta in passato nelle linee guida del Reddito di Cittadinanza relativa alla necessità di arrivare all'individuazione di ambiti sociali, sanitari e del lavoro omogenei che trovino coincidenza per le attività di programmazione ed erogazione integrata degli interventi. Si tratta per la Toscana di un dato acquisito che richiama ulteriori sviluppi possibili.

Mentre invece, come vedremo, risulta centrale nella programmazione regionale toscana l'indicazione del Piano Nazionale circa l'integrazione tra Piano sociale nazionale 2024-2026 e il Piano nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2024-2026, Piano per la Non autosufficienza 2022-2024, Programmi Operativi regionali e nazionali finanziati dai fondi strutturali e le missioni pertinenti del PNRR.

4. Rafforzare l'infrastruttura dei servizi: la gestione associata delle funzioni

Si solleva qui un tema di grande rilevanza che è collegato alla colonna vertebrale del Piano costituita dai LEPS, che la Legge 30 dicembre 2021, n. 234 c. 159, definisce come "gli interventi, dai servizi, dalle attività e dalle prestazioni integrate che la Repubblica assicura con carattere di universalità su tutto il territorio nazionale per garantire qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità"; (si veda in correlazione l'art. 117 Cost. e legge 328/2000).

Il Piano nazionale, sempre in relazione alla succitata legge 234/2021, all' art. 1, comma 160, ribadisce a proposito del rafforzamento dell'infrastruttura dei servizi, la funzione degli ATS (le zone toscane) come dimensione organizzativa necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS e rafforza questa affermazione collegandola alla gestione associata delle funzioni sociali così come declinata nelle *Linee guida per la definizione dei modelli organizzativi omogenei degli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) per l'Attuazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni*.

Trova spazio qui il potenziamento degli uffici di piano, elemento strategico ben presente nelle politiche di indirizzo trasversali in Regione Toscana, come pure le azioni di potenziamento del servizio sociale professionale. Le politiche formative del personale dei servizi e del cosiddetto middle management costituiscono azioni chiave nel rafforzamento delle infrastrutture di servizi, con la creazione di master di primo e secondo livello in sinergia con le Università. Appare tuttavia, agli occhi di chi scrive, particolarmente efficace e in un certo senso paradigmatico quanto il Piano Nazionale indica al livello delle disabilità e della non autosufficienza.

Il Piano si esprime in questi termini; *“gli interventi devono prendere a modello la casa e il contesto relazionale, investendo su una politica abitativa di rinnovamento degli alloggi nella direzione della massima accessibilità e del monitoraggio a distanza, avviando esperienze di coabitazione e di condivisione di assistenti familiari. È opportuno, inoltre, sostenere lo sviluppo e il consolidamento di saperi e competenze professionali in grado di attivare e valorizzare servizi e reti sociali di prossimità, attraverso il potenziamento dei servizi di assistenza domiciliare e a “bassa soglia” a favore delle persone anziane (trasporti sociali, contrasto alla solitudine, telefonate amiche) e, al contempo, di azioni a favore dell’anzianità attiva (orti sociali, attività motoria, ginnastica per la mente, socialità): una attenzione ai contesti materiali e relazionali di vita delle persone.*

Si sottolinea inoltre la capacità e la competenza degli operatori di muoversi costantemente sui due livelli di complessità: il lavoro di accompagnamento individuale e l'attivazione delle comunità di riferimento.

5. Semplificazione per la programmazione e gestione degli interventi

Il focus di questo paragrafo è posto sui sistemi informativi, che rappresentano in questo momento uno degli aspetti cruciali della semplificazione del sistema dei servizi soprattutto ai fini dell'interscambio di informazioni per una effettiva valutazione multidimensionale.

Sono evidenziati i concetti di interoperabilità e privacy che costituiscono attualmente un limite effettivo proprio allo scambio di informazioni tra servizi diversi e che contribuiscono a sostenere una struttura a “silos” rispetto alla necessità di trasversalità, multidimensionalità, integrazione e multiprofessionalità.

Il Decreto legislativo n. 147 del 15 settembre 2017 ha previsto all'articolo 24 l'istituzione del Sistema Informativo Unitario dei Servizi Sociali (SIUSS) così articolato:

- *Sistema informativo delle prestazioni e dei bisogni sociali (SIPBS)*
I dati sono raccolti, conservati e gestiti dall'INPS e resi disponibili al Ministero del lavoro e delle politiche sociali, anche attraverso servizi di cooperazione applicativa anonimizzati; è a sua volta articolato in:
 - a. banca dati delle prestazioni sociali;

- b. banca dati delle valutazioni e progettazioni personalizzate:
 - SINA;
 - SINBA.
 - c. sistema informativo dell'ISEE;
 - d. piattaforma per la gestione dei Patti per l'inclusione sociale (GePI).
- *Sistema informativo dell'offerta dei servizi sociali (SIOSS)*
 Il SIOSS 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, i servizi dedicati all'affidamento familiare e all'accoglienza residenziale dei minorenni, nonché delle caratteristiche quantitative e qualitative del lavoro professionale impiegato.

Il Sistema Informativo Unitario dei Servizi Sociali (SIUSS) | Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali si articola in:

- *banca dati dei servizi attivati costituita da*
 - a. anagrafe degli Ambiti Territoriali Sociali, che costituisce la base informativa di riferimento e necessita di un costante aggiornamento da parte degli ATS;
 - b. scheda sulle modalità di esercizio della funzione socioassistenziale e relative forme di attuazione, i contenuti informativi sono contenuti nell'allegato 1;
 - c. il sistema degli interventi e dei servizi sociali offerti, che individua gli specifici interventi e i servizi sociali raggruppati in macro-attività e caratterizzanti il sistema locale dati sono raccolti nell'allegato 2 e sono individuati anche in relazione alle tre principali aree di utenza.
 - oduli di approfondimento sulle caratteristiche dei servizi attivati per tipologia di intervento:
 - Allegato 3 - Segretariato sociale;
 - Allegato 4 - Servizio sociale professionale;
 - Allegato 5 - Affidamento familiare;
 - Allegato 6 - Servizi residenziali per minorenni
- *banca dati delle professioni e degli operatori sociali*
 articolata in specifici profili professionali con dati sul loro impiego strettamente connessi alle informazioni fornite nei moduli di approfondimento, aggregate a livello di ambito e registrate nell'allegato 7.
- *banca dati degli assistenti sociali (LEPS 1/5000ab)*

Contiene i seguenti moduli di rendicontazione

- a. Fondo nazionale per le politiche sociali;
- b. Fondo nazionale per le non autosufficienze (FNA);
- c. Fondo assistenza persone con disabilità grave prive del sostegno familiari;
- d. Fondo per il "Dopo di noi".

Il Piano Nazionale ribadisce la centralità di due importanti elementi di innovazione: lo sviluppo di una cartella sociale nazionale informatizzata, all'interno del progetto "Welfare As A Service" in collegamento con INPS, e di una piattaforma informatica che possa consentire la condivisione e l'interoperabilità delle banche dati, sia a livello nazionale che locale e lo sviluppo del SIISL, Sistema informativo di Inclusione Sociale e Lavorativa che ha il compito di favorire l'interoperabilità di tutte le piattaforme digitali dei soggetti accreditati al sistema sociale e del lavoro per dare piena attuazione al Decreto-legge 4 maggio 2023, n. 48, convertito, con modificazioni, dalla Legge 3 luglio 2023, n. 85, consentendo l'attivazione dei percorsi personalizzati per i beneficiari dell'ADI e del SFL, favorendo percorsi autonomi di rafforzamento delle competenze e ricerca di lavoro e la condivisione di informazioni tra INPS, Centri per l'impiego e Comuni sugli eventuali provvedimenti di revoca o decadenza dal beneficio.

6. Intercettare e accompagnare i territori più fragili

Il Piano Nazionale articola il tema della fragilità territoriale su diversi livelli:

- la contrapposizione fra le aree centrali o poli dotati di molteplici servizi e le aree interne corrispondenti a circa 4.000 comuni (quasi la metà del totale dei comuni italiani, nei quali risiede il 22,7% della popolazione). Soggetti ad un processo di spopolamento e che hanno visto gradualmente ridursi il numero dei servizi pubblici e privati presenti in loco, dalle istituzioni scolastiche ai presidi sociali e ospedalieri: si evidenziano problemi sia per la mobilità che per l'accesso ai servizi, specialmente quelli rivolti alle persone anziane nonché ai servizi per l'impiego;
- i processi di gentrificazione, che riguardano molte grandi e medie città italiane, che comportano, una dislocazione periferica di strati sociali meno abbienti alla ricerca di soluzioni abitative più convenienti caratterizzate da disuguaglianza e di differente accesso alle *prestazioni* economiche e sociali (beni e servizi). Una situazione che rende necessaria la promozione di percorsi volti a informare cittadine e cittadini anche di paesi terzi in merito alla presenza degli stessi;
- I grandi centri e le periferie urbane abitate, attraversate, vissute da persone in condizione di marginalità estrema e senza dimora, che presentano bisogni complessi e di diversa natura (salute, tossicodipendenze, disagio mentale).

Di particolare rilevanza, anche in correlazione a quanto sopra indicato, è l'obiettivo di affrontare e ridurre le disparità territoriali, e l'utilizzo dell'indice di Vulnerabilità Sociale e Materiale elaborato dall'ISTAT (2020), collegato alla razionalizzazione delle piattaforme dati, che trova pieno riscontro anche nell'attività promossa nell'ambito delle ricerche condotte dall'Osservatorio sociale regionale della Toscana nel rapporto sull'Inclusione e le Povertà in Toscana, di formulazione di indicatori sintetici utili ad evidenziare la dimensione geografica dei fenomeni.

7. Attenzione alla fragilità relazionale ed economica

Il piano assume il punto di vista della fragilità durante l'intero ciclo di vita, ad iniziare dalle pluripatologie nelle persone anziane, passando per le persone caratterizzate da problemi di dipendenza e/o di salute mentale. Rispetto alle famiglie ritorna un *leit motiv* del Piano Nazionale rispetto alla promozione di azioni di accompagnamento diversificate e di diversa intensità, in cui i servizi lavorino in modo multidisciplinare e multi-agenzia in coerenza con i differenti bisogni legati al ciclo di vita individuale e dei nuclei familiari; ricompare qui una attenzione agli

abitanti dei paesi terzi, attenzione non facilmente rintracciabile a livello strategico nel Piano Nazionale se non a livello di minorenni stranieri non accompagnati.

8. Opportunità di integrazione, promozione e benessere

Da questo punto di vista il Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali dichiara di porsi in una prospettiva universalistica rispetto al sistema dei servizi sociali, ritornando sul tema del coinvolgimento delle comunità locali, tema peraltro indicato e problematizzato anche in altre parti del piano e che attende una definizione più specifica ad altri livelli di programmazione.

9. I beneficiari da assistiti ad attori

In questo contesto si vuole sottolineare una specifica declinazione del Piano Nazionale rispetto alla dimensione partecipata della valutazione, con il coinvolgimento attivo dei soggetti beneficiari e degli altri soggetti ed implica, nell'attività di progettazione, l'adozione di un linguaggio inclusivo, accessibile e l'individuazione di risultati misurabili.

Si segnala qui ancora l'indicazione che il Piano fa di alcune pratiche professionali come, ad esempio, quelle che valorizzano gli "esperti per esperienza" e ancora una volta una attenzione ai percorsi di partecipazione secondo i principi propri dell'Open Government Partnership (*Open Government Declaration del 2011*).

4.2 I LEPS: la colonna vertebrale del Piano

Il Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2024-2026 pone i Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) al centro della sua strategia, considerandoli strumenti fondamentali per garantire i diritti sociali, la qualità della vita, le pari opportunità e per ridurre le disuguaglianze su tutto il territorio nazionale.

Come già detto il riferimento va all'articolo 1, comma 170 della Legge 30 dicembre 2021, n. 234 e ss. mm. ii, che al comma 159, esplicita che cosa debba intendersi per LEPS, precisando appunto che *"i livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) sono costituiti dagli interventi, dai servizi, dalle attività e dalle prestazioni integrate che la Repubblica assicura, sulla base di quanto previsto dall'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione e in coerenza con i principi e i criteri indicati agli articoli 1 e 2 della legge 8 novembre 2000, n. 328, con carattere di universalità su tutto il territorio nazionale per garantire qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità"*.

Le risorse stanziare per il triennio 2024-2026, mantenendo la quota riservata per l'attuazione dei LEPS, già definiti con la Legge 234/2021, confermano quei servizi, attività e/o prestazioni connotati dal carattere di universalità su tutto il territorio nazionale per garantire qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità, ovvero: LEPS Supervisione del personale dei servizi sociali; LEPS Dimissioni protette; LEPS Prevenzione allontanamento familiare - P.I.P.I.

Tra i principali LEPS figurano:

1. Servizio Sociale Professionale: è confermato il LEPS relativo al rapporto minimo tra assistenti sociali e popolazione (1 assistente sociale ogni 5.000 abitanti come LEPS e un ulteriore obiettivo di servizio di 1 ogni 4.000 abitanti), finanziato tramite il Fondo Povertà e il Fondo di Solidarietà Comunale.
2. Interventi per l'Assegno di Inclusione (ADI): i servizi per la definizione dei percorsi personalizzati di inclusione sociale e lavorativa e i sostegni in essi previsti per i beneficiari dell'ADI (e nuclei in condizioni simili) costituiscono LEPS.
3. Pronto Intervento Sociale (PIS): è un LEPS da garantire in ogni Ambito Territoriale Sociale (ATS) per emergenze sociali. La sua attuazione è una priorità trasversale ai due Piani (Sociale e Povertà).
4. Supervisione del Personale dei Servizi Sociali: finalizzata a rafforzare le competenze degli operatori e prevenire il burn-out.
5. Servizi Sociali per le Dimissioni Protette: per garantire la continuità assistenziale nel passaggio da contesti sanitari al domicilio.
6. Prevenzione dell'Allontanamento Familiare (Programma P.I.P.P.I.): questo programma è un LEPS volto a sostenere le famiglie vulnerabili per prevenire la separazione dei minorenni dal nucleo familiare.
7. Servizi per la Residenza Fittizia: per garantire l'iscrizione anagrafica e l'accesso ai diritti per le persone senza dimora.
8. Punti Unici di Accesso (PUA): sono considerati un modello organizzativo che risponde ai bisogni della persona quale LEPS, soprattutto per l'integrazione socio-sanitaria.
9. Servizi per l'Affido Familiare: Il Piano indica l'obiettivo di servizio di costituire un servizio dedicato all'affido familiare in ogni ATS, prefigurandone una futura definizione come LEPS.
10. Altri LEPS menzionati: il Piano fa riferimento anche a LEPS nell'ambito della non autosufficienza (es. incremento SAD, servizi di sollievo, PUA integrati e Unità di Valutazione Multidimensionale - UVM) definiti dalla L. 234/2021 e dal Piano Nazionale per la Non Autosufficienza.

4.3 Il Piano Sociale Nazionale

Il Piano Sociale Nazionale ordina la programmazione a livello regionale sulla base di "macroattività", come vengono definite nel Piano stesso; in base a quanto stabilito dal Decreto attuativo DM 103 del 22 agosto 2019 di istituzione del Sistema Informativo dell'Offerta dei Servizi Sociali, di cui all'articolo 24, comma 8, del Decreto legislativo n. 147 del 2017, queste macro attività si distinguono in:

- Area 1: Famiglia e persone di minore età, Anziani autosufficienti;
- Area 2: Persone con disabilità, Anziani non autosufficienti;
- Area 3: Povertà, Disagio adulti, dipendenze, salute mentale.
- Area 4: Multiutenza, (servizi sociali che si rivolgono a più tipologie di beneficiari, le attività generali svolte dai Comuni e i costi sostenuti per esenzioni e agevolazioni offerte alle persone prese in carico nelle diverse aree).

Azioni di Sistema

PUA - Punto Unico di accesso

- Il PUA si pone naturalmente quale primo luogo dell'accoglienza sociale e sociosanitaria: porta di accesso alla rete dei servizi e delle risorse territoriali e modalità organizzativa dei servizi di accoglienza e orientamento tra Comune/ATS e Distretto ASL, istituita per garantire pari opportunità d'accesso alle informazioni e ai servizi sociali e sociosanitari, a coloro che ne abbiano necessità
- Piani correlati: Piano Nazionale non autosufficienza 2022-2024

Lo sviluppo delle équipe multiprofessionali per un approccio multidisciplinare della presa in carico

- È necessario garantire il pieno sviluppo e la strutturazione all'interno degli Ambiti Territoriali Sociali delle équipe multiprofessionali in grado di valutare compiutamente le varie tipologie di utenza ai sensi del Decreto del Ministro della Salute n. 77 del 23 maggio 2022. La valutazione operata dall'équipe è finalizzata alla definizione del progetto di assistenza individuale.
- Ruoli e funzioni: assistente sociale, responsabile della funzione di case manager, educatore professionale socio-pedagogico psicologo, con le funzioni di consulenza nelle fasi di presa in carico ed analisi dei bisogni e delle risorse integrata da personale adeguatamente formato appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS per la valutazione del complesso dei bisogni di natura clinica, funzionale e sociale delle persone e delle capacità bio-psico-sociale della persona in condizioni di non autosufficienza, ai sensi dell'articolo 1, comma 163, della Legge n. 234 del 2021.
- Piani correlati: Decreto del Capo Dipartimento in data 7 Agosto 2024 "Manifestazione di interesse per le azioni di incremento della capacità degli ATS di rispondere alle esigenze dei cittadini, garantendo adeguati servizi sociali alla persona e alla famiglia, in un'ottica di integrazione con i vari livelli di governo e del rispetto del principio di sussidiarietà". s PN Inclusione 2021-2027, Priorità 1 "Sostegno all'Inclusione sociale e lotta alla povertà" - Obiettivo Specifico k (ESO4.11)

Cartella sociale informatizzata: elemento cardine all'interno delle strategie di sviluppo dei sistemi informativi sociali italiani Politiche sociali rivolte alle persone di minore età.

- La Cartella Sociale Informatizzata deve consentire ai professionisti di documentare chiaramente ogni fase ed evento del percorso socio-assistenziale in cui si articolano gli interventi professionali ed il servizio sociale erogati; a tale scopo i requisiti minimi funzionali che dovranno essere sviluppati sono: l'automazione di procedure uniformate, la gestione delle informazioni a livello di persona in carico, nucleo familiare e di rete di relazioni, la collaborazione fra i diversi attori attraverso l'integrazione della documentazione professionale e interprofessionale, l'interscambio di dati con soggetti esterni, l'analisi dei dati, sia puntuali che aggregati per la produzione di reportistica direzionale ai fini del miglioramento dei servizi erogati, di governo del sistema e di supporto alle decisioni strategiche. Infatti, in coordinamento con lo sviluppo della Cartella sociale informatizzata, si punterà alla realizzazione del Fascicolo Sociale e lavorativo del cittadino.
- Piani correlati: Sub-investimento M1C1-1.3.1, di competenza della Presidenza del Consiglio dei Ministri - DIPARTIMENTO PER LA TRASFORMAZIONE DIGITALE

Politiche sociali rivolte alle persone di minore età

Le azioni per l'infanzia e l'adolescenza: aree prioritarie: interventi di sostegno al contesto familiare in cui vivono bambini, interventi di sostegno ai contesti quotidiani di vita dei bambini e dei ragazzi, sistema di intervento per minorenni fuori dalla famiglia di origine

- Il 50% delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali agli interventi per le persone di minore età.
- Piani correlati: Linee di indirizzo per l'affidamento familiare (2024); Linee di indirizzo per l'accoglienza nei servizi residenziali per minorenni (2024); Linee di indirizzo nazionali per l'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità. Promozione della genitorialità positiva (2017); Piano di Attuazione Nazionale della Garanzia Infanzia (PANGI).

I servizi per l'affidamento familiare: verso la definizione di un nuovo LEPS

- Le Linee di indirizzo segnalano chiaramente che le competenze assegnate al servizio sociale rispetto all'affidamento familiare sottendono la necessità che l'Ente locale organizzi un sistema integrato di servizi capace di assolvere e sviluppare azioni specifiche per una piena realizzazione dell'istituto dell'affidamento familiare. All'interno di questo sistema integrato, l'Ambito Sociale Territoriale promuove la costituzione del Centro o Servizio per l'affidamento familiare
- Piani correlati: Linee di indirizzo per l'affidamento familiare hanno per oggetto l'istituto dell'affidamento familiare, così come individuato dalla Legge 184/1983 e ss. mm. ii.

Servizi e interventi connessi all'implementazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali

LEPS Prevenzione allontanamento familiare P.I.P.P.I e il potenziamento degli interventi di sostegno alla genitorialità in situazione di vulnerabilità

- Il LEPS è rivolto alle famiglie in situazione di vulnerabilità, nelle quali cioè i genitori sono ancora titolari della responsabilità genitoriale con figli conviventi o meno, di età compresa tra 0 e 17. Questi genitori sperimentano debole capacità nel costruire e/o mantenere l'insieme delle condizioni interne ed esterne per un esercizio positivo e autonomo delle funzioni genitoriali.
- Le azioni da garantire in ogni ATS consistono nel rendere esigibile il diritto sopra menzionato attraverso: l'implementazione di un metodo condiviso di valutazione partecipativa e trasformativa; il ricorso a un modello teorico e a uno strumento condiviso di analisi, progettazione e valutazione delle situazioni familiari (il Modello multidimensionale del Mondo del Bambino, MdB); la presenza di équipes multiprofessionali (vedi paragrafo "Azioni di sistema"), il continuo coinvolgimento delle famiglie; la disponibilità di un set di almeno quattro dispositivi di intervento in forma simultanea e intensiva nel tempo.

- Piani correlati: FNPS integrato fino al 2026 con le risorse del PNRR, nello specifico la Missione 5C2, Inclusione e Coesione, Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore, Investimento 1.1.1, che riguarda il Programma P.I.P.I.

LEPS Supervisione del personale dei servizi sociali

- L'obiettivo che lo strumento della supervisione professionale si pone è quello di rafforzare la qualità dell'intervento del servizio sociale, promuovere una prassi riflessiva e ridurre le condizioni di stress professionale da cui derivano fenomeni di burn out. Il raggiungimento del benessere lavorativo e del rinforzo metodologico e operativo dei professionisti è funzionale ad un duplice obiettivo: garantire la qualità metodologica e tecnica del servizio offerto alla popolazione, in termini di efficienza ed efficacia, riducendo il rischio di errori professionali; rafforzare l'identità professionale individuale e delle équipe, favorendo l'integrazione operativa degli interventi, e valorizzare il senso di appartenenza alla comunità professionale.
- Piani correlati: FNPS e PNRR con la linea 1.1.4 - Rafforzamento dei servizi sociali e prevenzione del fenomeno del burn out tra gli operatori sociali.

LEPS Dimissioni protette

- Per "dimissione protetta" si intende il servizio che prevede il trasferimento da un contesto sanitario garantendo la continuità di assistenza e cure attraverso un programma concordato tra il medico curante, o ospedaliero, i servizi sociali territoriali dell'Asl di appartenenza e dell'Ente locale. Tale tipologia di servizio consiste in un insieme di azioni che costituiscono il processo di passaggio organizzato di un paziente dall'ambiente ospedaliero o similare ad un ambiente di cura di tipo familiare, al fine di garantire la continuità assistenziale e promuovere percorsi di aiuto a sostegno della salute e del benessere della persona tramite interventi coordinati tra sanitario e sociale destinatari del servizio in oggetto sono le persone anziane non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità o persone infra-sessantacinquenni ad essi assimilabili, residenti sul territorio nazionale, non supportate da una rete formale o informale adeguata, costante e continuata
- FNPS, PNRR, Missione 5C2, con la linea 1.1.3.

All'interno del Piano Nazionale Inclusione e lotta alla povertà (vedi paragrafo successivo), si collocano le azioni relative alla Child Guarantee, per garantire l'accesso ad una vita dignitosa e ai servizi di base ai minorenni a rischio povertà o esclusione sociale, che si riportano qui di seguito perché fortemente correlate a quanto sopra sottolineato all'interno del capitolo che il Piano Nazionale dedica al Piano Sociale.

Al fine di favorire l'integrazione sociale di persone minorenni in condizione di difficoltà economica sono considerati interventi socioeducativi di prevenzione per nuclei con bisogni complessi e a bambine e bambini nei primi mille giorni di vita, nonché azioni volte a prevenire e combattere l'esclusione sociale garantendo ai minorenni bisognosi una serie di servizi fondamentali.

Qui di seguito una tabella riassuntiva alla quale si deve aggiungere una previsione che il Piano indica rispetto ad una strategia nazionale che assicuri risorse e strumenti per garantire gli interventi di

inclusione sociale, integrazione e sostegno alle funzioni genitoriali, nell'ambito del sistema integrato di interventi e servizi sociali, per sostenere i nuclei familiari in cui ci sia almeno un minore nei primi 3 anni di vita al fine di combattere la povertà educativa.

Il Piano indica poi la continuazione del programma rivolto ai *Care Leaves*.

TABELLA 7. AZIONI E LINEE DI FINANZIAMENTO PER LA CHILD GUARANTEE

<p>Con Decreto Direttoriale n. 24 del 5 febbraio 2024 è stato approvato l'Avviso a presentare progetti per l'inclusione e l'integrazione di bambine, bambini e adolescenti Rom, Sinti e Caminanti</p>	<p>Priorità 2 "Child Guarantee" - Obiettivo specifico ESO4.11</p>
<p>Con Decreto Direttoriale n. 69 del 21 marzo 2024 è stato approvato l'Avviso pubblico per la costituzione di Spazi multifunzionali di esperienza per adolescenti. "DesTEENazione - Desideri in azione"</p>	<p>Priorità 2 "Child Guarantee" - Obiettivo specifico ESO 4.11.</p>
<p>Con Decreto del Capo Dipartimento n. 244 del 19 luglio 2024 è stata approvata la "Manifestazione d'interesse finalizzata alla selezione di Enti del Terzo Settore per la co-progettazione, ai sensi dell'art. 55, comma 3, del D. Lgs. n. 117/2017, di un intervento di sistematizzazione, di empowerment delle equipe multidisciplinari operanti nei servizi sociali, di accompagnamento metodologico agli ambiti territoriali nella progettazione e realizzazione di azioni volte a favorire l'inclusione sociale e superare le condizioni di fragilità delle persone di minore età a rischio di povertà ed esclusione sociale"</p>	<p>Priorità 2 "Child Guarantee" - Obiettivo specifico I ESO 4.12 - del PN Inclusione e lotta alla povertà 2021-2027</p>
<p>Con Decreto del Capo Dipartimento n. 268 del 7 agosto 2024 è stato approvato l'Avviso pubblico "Manifestazione di interesse per le azioni di incremento della capacità degli ATS di rispondere alle esigenze dei cittadini, garantendo adeguati servizi sociali alla persona e alla famiglia, in ottica di integrazione con i vari livelli di governo e del rispetto del principio di sussidiarietà".</p>	<p>PN Inclusione 2021-2027, rientra nella Priorità 1 "Sostegno all'Inclusione sociale e lotta alla povertà" - Obiettivo Specifico k (ESO4.11)</p>

4.4 Piano nazionale per gli Interventi e i Servizi Sociali di contrasto alla povertà 2024-2026

Il Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà costituisce la programmazione per l'utilizzo delle risorse della quota del Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale (di cui all'art. 7, comma 1, di seguito "Fondo povertà"). Il Fondo povertà è stato istituito ai sensi dell'art. 1, comma 386, della L. 28 dicembre 2015, n. 208 (Legge di bilancio per il 2016). Ai sensi del comma 7 del richiamato articolo 21 del D.Lgs. 147/2017, il Piano Povertà, di natura triennale, ha la funzione di individuarne lo sviluppo degli interventi. A tal fine, è compito del Piano individuare le priorità di finanziamento, la distribuzione delle risorse dei fondi tra le diverse linee di intervento, nonché i flussi informativi e gli indicatori finalizzati a specificare le politiche finanziate e a determinare eventuali target quantitativi di riferimento.

A riguardo degli indirizzi attuativi, posto quanto sopra descritto sulle trasversalità che sono state identificate, il Piano di contrasto alla povertà si aggancia ai decreti attuativi che hanno sostanziato nel tempo le diverse linee di azione.

TABELLA 8. QUADRO SINOTTICO DECRETI ATTUATIVI DELLE LINEE DI AZIONE LEGATE AL PIANO DI CONTRASTO ALLA POVERTÀ

Piattaforma SIIISL	Decreto Interministeriale dell'8 agosto 2023, tra Ministro del lavoro e delle politiche sociali, Ministro dell'istruzione e del merito e Ministro dell'università e della ricerca, vengono definite le modalità di attivazione del Sistema informativo per l'inclusione sociale e lavorativa - SIIISL (previsto dall'articolo 5 del DL 48/2023), istituito presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali e realizzato da INPS.
Assegno di Inclusione	Decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali n. 154 del 13 dicembre 2023 (cd. di attuazione dell'ADI, di cui all'art. 4 comma 7 del DL 48/2023) vengono chiariti gli elementi essenziali e di attuazione dell'Assegno di inclusione e dettagliate le categorie dei soggetti da considerare in condizione di svantaggio.
Progetto di ricerca ADI	In considerazione dell'introduzione dell'ADI, con Decreto Direttoriale n. 402 del 12 dicembre 2023, è stato adottato l'aggiornamento del progetto di ricerca originariamente riferito al RdC, approvato dal Comitato scientifico, finalizzato alla valutazione della misura, e, in particolare, a quantificare l'impatto dei percorsi di attivazione, ove correttamente implementati, sul benessere e le condizioni sociali e lavorative dei beneficiari.
Progetti di Utilità collettiva (PUC)	Con il Decreto Ministeriale n. 156 del 15 dicembre 2023 e il relativo Allegato 1 (ai sensi dell'art. 6, co. 5bis del DL 48/2023) sono state approvate le disposizioni sui Progetti Utili alla Collettività (PUC), cui possono aderire i beneficiari ADI e SFL nell'ambito dei progetti di inclusione sociale o di attivazione lavorativa concordati con i servizi sociali (Patti per l'inclusione sociale - PaIS) o con i Centri per l'impiego (Patti servizio personalizzati - PSP).
Osservatorio sulle Povertà	I con DM 123 del 19 luglio 2024 è stato infine istituito l'Osservatorio sulle povertà (art. 11 comma 5 del DL 48/2023) che ha il compito di promuovere forme partecipate di programmazione e monitoraggio dell'ADI e degli altri interventi di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale.
Le linee guida sulla costruzione di reti di servizi per l'attuazione dell'ADI	Articolo 6, comma 10 del DL 48/2023 convertito dalla Legge 85 del 2023, sono state condivise all'interno della Rete per la protezione sociale e approvate, previa intesa in seno alla Conferenza Unificata, con DM 93 in data 11 giugno 2024. Le linee guida distinguono, nell'area della protezione sociale, due principali tipi di Reti istituzionali di coordinamento, che si declinano a loro volta nella struttura di governance delle politiche di inclusione sociale e lavorativa a livello nazionale, regionale e locale (ATS e Comuni): le Reti di indirizzo, a livello nazionale o con funzione di programmazione e/o monitoraggio e valutazione, e le Reti di intervento, con funzione gestionale e di attuazione
Le linee guida per la definizione dei Patti per l'inclusione sociale (PaIS)	Le Linee guida, definite ai sensi dell'articolo 4, comma 7 del DL 48/2023 conv nella Legge 85 del 2023, sono state condivise all'interno della Rete per la protezione sociale e approvate, previa intesa in seno alla Conferenza Unificata, con DM 72 del 2 maggio 2024. Le Linee guida forniscono indicazioni anche in relazione all'attivazione dell'equipe multidisciplinare o per il coinvolgimento e la presa in carico da parte dei servizi specialistici, con l'inserimento di uno specifico servizio nell'ambito del Patto.
Le linee di indirizzo per la presa in carico delle persone in condizioni di svantaggio, che possono accedere all'ADI	Le Linee di indirizzo definite ai sensi dell'articolo 3, comma 8 del DL 48/2023 conv nella Legge 85 del 2023, sono state condivise all'interno della Rete per la protezione sociale e approvate, previa intesa in seno alla Conferenza Unificata, in una prima stesura con DM 160 del 29 dicembre 2023 e in versione rivista con DM 104 del 24 giugno 2024.

<p>LEPS Potenziamento del servizio sociale professionale</p>	<p>Una parte rilevante del Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale, di cui all'art. 1, co. 386, della Legge 28 dicembre 2015, n. 208 è dedicata al potenziamento del servizio sociale professionale. La L. 178/2020 (Legge di bilancio per il 2021) all'art. 1, co. 797 e seguenti, ha infatti 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. Anche le risorse del Fondo di solidarietà comunale di cui al co. 792 dell'articolo 1 della legge 178/2020 sostengono il raggiungimento di questo LEPS, potendo concorrere all'obiettivo di garantire almeno un assistente sociale ogni 6.500 abitanti.</p>
<p>Rafforzamento dei servizi per l'attuazione dell'Assegno di inclusione</p>	<p>Attraverso la quota servizi del Fondo povertà sono potenziati gli interventi e i servizi di cui al comma 2 dell'articolo 7, del Decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147, riferibili ai beneficiari dell'Assegno di inclusione, nonché ai nuclei familiari e agli individui in simili condizioni di disagio economico.</p>
<p>La funzione di segretariato sociale</p>	<p>Nel contesto dell'ADI, può offrire informazioni sulla misura e laddove i Comuni e gli Ambiti Territoriali Sociali, nell'ambito della propria autonomia organizzativa, abbiano attivato il relativo servizio, può offrire assistenza nella presentazione della richiesta e nella registrazione alla piattaforma SIISL, dedicata ai richiedenti ADI e SFL. Al fine di favorire l'accesso alla misura delle persone in condizioni di bisogno, i servizi territoriali operino in stretto raccordo con gli Enti del Terzo settore, attivi nel contrasto alla povertà.</p>
<p>LEPS Valutazione multidimensionale, progetto personalizzato e attivazione dei sostegni</p>	<p>L'attivazione delle équipe multiprofessionali e dei sostegni per le famiglie con bisogni complessi rappresentano dunque una priorità del presente Piano, nell'ottica del riconoscimento di un diritto soggettivo alla presa in carico. In particolare, è necessario assicurare nei territori la presenza di professionalità e competenze in grado di garantire la progettazione, il management e l'accompagnamento dei beneficiari con riferimento alle diverse dimensioni del bisogno</p>
<p>LEPS Pronto intervento sociale</p>	<p>L'articolo 1, comma 170 della Legge 30 dicembre 2021, n. 234 e ss. mm. ha definito il Pronto intervento sociale come Livello essenziale delle prestazioni sociali da garantire in ogni ATS, nei termini descritti nella scheda tecnica riportata nella sezione 3.7 del precedente Piano, che definisce il servizio con riferimento ai suoi contenuti minimali che devono essere assicurati in ogni ambito e alle modalità del suo espletamento.</p>
<p>La costruzione di reti di servizi territoriali</p>	<p>La risposta alla multidimensionalità dei bisogni espressi dalle persone in povertà necessita della collaborazione tra servizi che sono chiamati a lavorare in rete. Di particolare rilevanza è il coinvolgimento del Terzo settore.</p>
<p>Servizi per la povertà e la marginalità estrema LEPS: Accessibilità ai diritti esigibili: la residenza</p>	<p>Il servizio per la "residenza fittizia", per espressa previsione dell'art. 1, comma 170, lett. e) della Legge 30 dicembre 2021, n. 234, è considerato livello essenziale delle prestazioni sociali da riconoscere su tutto il territorio nazionale.</p>
<p>Presa in carico e accompagnamento per l'accesso alle prestazioni universali - Centri servizi per il contrasto alla povertà</p>	<p>Nell'ambito dei Centri servizi per il contrasto alla povertà, l'équipe multidisciplinare composta da professionisti con competenze educative, sociali, legali, sanitarie, transculturali e organizzative, attiva la presa in carico delle persone che si trovano in condizioni di <i>homelessness</i> e di disagio abitativo e, in generale, di tutte le persone che sperimentano condizioni di deprivazione materiale. È auspicabile che, nell'ambito di tale processo, una rete locale di servizi, sotto la regia dell'ente pubblico, si attivi intorno al bisogno al fine di strutturare percorsi territoriali di reinserimento sociale, attraverso relazioni e prestazioni, e di favorire l'accesso al complesso dei servizi.</p>

Housing first	<p>L'Housing First (HF) è un modello di intervento basato sull'inserimento in appartamenti indipendenti di persone senza dimora con problemi di salute mentale o in situazione di disagio socio-abitativo cronico allo scopo di favorire percorsi di benessere e integrazione sociale. Un criterio di priorità potrà riguardare le persone che sperimentano la condizione di senza dimora da più di due anni (long term homelessness), persone non inserite nel circuito dell'accoglienza bassa soglia e altamente vulnerabili sotto il profilo socio-sanitario. Altre progettualità specifiche potranno essere orientate verso target diversi come giovani (18-29 anni) e donne vittime di trauma in una logica di prevenzione primaria della condizione di senza dimora (early homelessness).</p>
Interventi di sostegno materiale	<p>Si fa riferimento ai servizi di supporto in risposta ai bisogni primari (distribuzione viveri; distribuzione indumenti; distribuzione farmaci; docce e igiene personale; mense; unità di strada che svolgono attività di ricerca e contatto con le persone che necessitano di aiuto; contributi economici una tantum), attività che negli anni recenti (durante la crisi associata al COVID-19 e durante la successiva crisi economica) hanno mostrato ancor di più la loro importanza.</p>
Altri interventi e servizi dedicati alla marginalità estrema	<p>Con riferimento al generale obiettivo di disporre di sistemi strutturati di intervento sociale per il contrasto alla povertà estrema, in attuazione delle "Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione.</p>
Sostegno ai neomaggioranni in uscita da un percorso di presa in carico a seguito di allontanamento dalla famiglia di origine	<p>La Sperimentazione nazionale di interventi in favore di coloro che, al compimento della maggiore età, vivono fuori dalla famiglia di origine sulla base di un provvedimento dell'autorità giudiziaria (cfr. paragrafo 2.2.4) trova continuità attraverso le risorse del PN.</p>

4.5 Linee guida regionali per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2024-2026, DGRT 682 del 26/05/2025

La filigrana costituita dal Piano nazionale è ben visibile nella redazione delle Linee guida regionali della Toscana per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà (d'ora in avanti Piano Toscano) che tuttavia è fortemente focalizzato su due livelli: la multidimensionalità delle povertà e la necessità di connessioni con le diverse pianificazioni e policy territoriali.

TABELLA 9. INTEGRAZIONE LAVORATIVA

<p>Deliberazione della Giunta regionale n. 544 del 15/05/2023, "Tavolo regionale della rete per la protezione e inclusione sociale - approvazione linee guida integrazione sociale lavoro"</p>	<p>Quadro generale entro cui strutturare equipe multidisciplinari per la presa in carico e l'accompagnamento delle persone in situazione di fragilità e vulnerabilità sociale che necessitano di un approccio integrato e di sostegno per percorsi personalizzati di inclusione e cittadinanza, con particolare attenzione alla collaborazione tra ambito sociale e ambito delle politiche attive del lavoro.</p>
<p>Deliberazione della Giunta regionale n. 1627 del 23/12/2024 "DGR 544/23 Linee guida integrazione sociale lavoro - approvazione linee guida operative equipe multidisciplinari"</p>	<p>Indicazioni su attivazione, strutturazione dell'equipe multidisciplinare integrata, costituzione dell'equipe e modalità di coinvolgimento degli operatori e collaborazione con il Terzo Settore, modalità operative, strumenti condivisi in particolare il profilo dei bisogni e delle potenzialità.</p>
<p>Deliberazione della Giunta regionale n. 620 del 18/05/20: tirocini per l'inclusione</p>	<p>I destinatari dei Tirocini sono persone prese in carico dai servizi sociali o dai servizi sanitari territoriali: per presa in carico si intende la funzione esercitata dal servizio sociale professionale o sanitario territoriale, in favore di una persona o di un nucleo familiare, in risposta a bisogni complessi che richiedono interventi integrati di valutazione multidimensionale, consulenza, orientamento e analisi.</p>

TABELLA 10. LA MULTIDIMENSIONALITÀ DELLA POVERTÀ

<p>Povertà alimentare</p>	<p>Povertà alimentare Legge regionale 25 giugno 2009, n. 32</p>	<p>A partire dalla legge regionale 25 giugno 2009, n. 32 (Interventi per combattere la povertà ed il disagio sociale attraverso la redistribuzione delle eccedenze alimentari), la Regione sostiene le politiche finalizzate ad attenuare le condizioni di disagio delle persone e delle famiglie che vivono in Toscana attraverso la raccolta e la distribuzione di generi alimentari,</p>
<p>Povertà abitativa</p>	<p>Legge regionale n. 2/2019 "Disposizioni in materia di edilizia residenziale pubblica (ERP)" Legge regionale n. 13/2015 "Disposizioni per il sostegno alle attività delle agenzie sociali per la casa"</p>	

4.5.1 Gli obiettivi delle linee guida regionali per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà

Equipe multidisciplinari

L'equipe multidisciplinare (da ora in poi EM) viene identificata come punto di riferimento territoriale per la conoscenza dei fenomeni sociali e del mondo del lavoro, per l'analisi dei fabbisogni, l'impostazione di strategie per l'inclusione e la programmazione di interventi.

La dimensione territoriale ottimale di riferimento dell'EM è rappresentata dall'ambito territoriale sociale (ATS) di cui alle LL.RR. 40 e 41 del 2005 e ss.mm.ii., tenuto conto anche dell'organizzazione territoriale dei Centri per l'Impiego che è ad oggi organizzata su base provinciale.

L'equipe viene descritta secondo due importanti step normativi che sono frutto, peraltro, di una forte connessione tra le zone e la Regione, ottenuta anche grazie ad una esperienza quinquennale di comunità di pratica regionale, e attraverso un lavoro costante all'interno della Cabina di regia.

Vale quindi la pena di indicare una peculiare modalità di costruzione e sviluppo delle politiche regionali in questo ambito. Con Deliberazione della Giunta regionale n. 917 del 06/09/21: Tavolo regionale della Rete della protezione Sociale e cabina di regia. Il Tavolo costituisce il principale organismo di coordinamento e la sede istituzionale stabile di raccordo e confronto tra Regione, Comuni e Zone, aperto alla consultazione di organismi pubblici e rappresentanti del Terzo settore e Parti Sociali che a vario titolo sono impegnati per contrastare sul territorio regionale il rischio di povertà e di esclusione sociale e per promuovere l'inclusione sociale. Al Tavolo partecipano l'Assessore regionale a Politiche sociali, edilizia residenziale pubblica e cooperazione internazionale nel ruolo di Presidente, l'Assessore regionale al Diritto alla salute e sanità, l'Assessore regionale a Istruzione, formazione professionale, università e ricerca, lavoro, relazioni internazionali e politiche di genere, un rappresentante di ANCI Toscana, i rappresentanti delle Zone-distretto della Toscana. Almeno una volta all'anno viene convocata una sessione dedicata alla consultazione delle parti sociali e degli organismi rappresentativi del Terzo settore. Possono essere invitati esperti, referenti e rappresentanti di istituzioni ed enti interessati per materie ed argomenti oggetto di specifici approfondimenti.

Accanto al Tavolo opera la Cabina di regia partecipata dalle zone che diventa lo snodo per un confronto bottom up rispetto ai problemi tecnici e operativi che si osservano nella pratica territoriale, dando luogo anche alla costruzione di linee guida, protocolli, indicazioni che nel tempo hanno trovato consistenza di norma. Particolarmente preziosa è questa interfaccia che si alimenta anche di una comunità di pratica per l'inclusione sociale nata per favorire la collaborazione e l'integrazione tra i servizi sociali e servizi dell'impiego, allargata nel tempo ai servizi sociosanitari e abitativi, tra gli operatori territoriali, le diverse professionalità sulla base del confronto tra pratiche territoriali, regionali e nazionali, spesso narrate a più voci da professionisti appartenenti a settori diversi. Emerge da questa esperienza una sottolineatura che il "Piano toscano" significativamente contiene e che è un punto assolutamente centrale nelle politiche dell'inclusione, che peraltro non trova spazio specifico nel Piano Nazionale se non per interventi legati alla casa come luogo di cura e all'housing first, che è proprio l'importanza di un'ottica integrata e interdipendente tra le politiche abitative e quelle sociali, capace di tenere insieme le dimensioni materiali, relazionali e comunitarie.

Si propone una visione che riconosca l'abitare come diritto strutturale e come dimensione costitutiva della dignità della persona, strettamente connessa alle condizioni lavorative, formative, sanitarie e sociali.

Il punto unico di accesso

Il Piano toscano evidenzia qui una notevole originalità collegata alla lettura integrata che la DGR 1508/2022 Regione Toscana, nel recepire e attuare le indicazioni del DM 77/2022, ha fatto espandendo la dimensione dell'integrazione sociosanitaria quale tratto distintivo del modello territoriale toscano. Tale dimensione si incentra in particolar modo negli indirizzi che la DGR 1508/2022 detta in tema di Case della Comunità, laddove si precisa che Regione Toscana prevede tra l'altro di qualificare l'accesso in maniera integrata rispetto agli interventi sociali, socio-sanitari e socio-educativi, promuovendo, altra cifra caratteristica del piano di cui si renderà conto di seguito, l'integrazione dei diversi attori locali e la responsabilizzazione delle reti territoriali nella promozione del benessere; esclusione, di emarginazione o di disagio sociale.

La DGR 1508/2022 prefigura un sistema integrato di accesso che si interfaccia con la funzionalità dei Centri servizi secondo una ottica di proattività e di intervento in merito alle asimmetrie di accesso soprattutto per persone in condizioni di marginalità. Si rileva la necessità di valorizzare e integrare l'operatività della rete di servizi e sportelli presenti nei territori in relazione con il servizio sociale professionale e il segretariato sociale, in particolare per far fronte alle urgenze ed esigenze prestando particolare attenzione alla tutela dei minori quali soggetti fragili e a rischio evolutivo, al supporto alle donne vittime di violenza, alle vittime di tratta, agli adulti e anziani in situazione di grave disagio fisico e/o psichico, alle altre persone e famiglie in condizione di grave difficoltà o indigenza e attivando i servizi istituzionali e la rete locale o di altri territori interessati.

Si persegue una logica che potremmo ricondurre alla strategia One stop Shop adottata dalla Regione toscana in seguito a sperimentazioni territoriali all'interno di progettazioni europee, inteso anche come sistema fisico e rete di punti di accesso che prevedano anche la materiale coesistenza di servizi integrati fin dalla fase dell'accesso.

4.6 Linee guida regionali per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà e i Leaps

Anche in questo caso per facilitare la lettura e il confronto si utilizzerà una tabella sintetica che permetta di accompagnare la lettura integrale del piano con una sorta di bussola.

TABELLA 11. QUADRO SINOTTICO DEL PIANO TOSCANO E CONNESSIONI CON I LEPS

AZIONE	DESCRIZIONE	CONNESSIONI
LEPS: Servizio Sociale Professionale	<p>Raggiungimento per tutte le zone toscane dell'obiettivo di servizio 1/6.500 abitanti e progressivo raggiungimento del LEPS 1/5000 abitanti come previsto all'articolo 1, comma 798 e seguenti della legge di Bilancio 2021 (legge 30 dicembre 2020, n. 178) nell'ambito di vigenza del Piano.</p>	<p>Regione Toscana fornisce un supporto costate agli Ambiti Territoriali sociali per l'implementazione della misura SIOSS "Potenziamento Servizi Sociali - Assunzione Assistenti Sociali".</p> <p>La situazione di partenza nel 2020 contava 546 assistenti sociali in servizio a tempo indeterminato (secondo la definizione di personale equivalente a tempo pieno) mentre al 31.12.2024 sono 781 gli assistenti sociali in servizio a tempo indeterminato negli ambiti toscani. In particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 ambiti sono sotto la soglia di 1 Assistente sociale ogni 6500 abitanti (erano 8 nel 2022); • 25 ambiti sono sopra la soglia di 1/6500; • 14 Ambiti hanno raggiunto il LEPS definito da un AS a tempo indeterminato ogni 5,000 abitanti (nel 2020 erano solo 4). <p>Nel 2025 si prevede di arrivare a 840 Assistenti sociali con 19 ambiti che dovrebbero raggiungere il LEPS: secondo tali previsioni (che dovranno essere confermate a febbraio 2026), solo 1 ATS nel 2025 risulterà sotto la soglia di 1 AS ogni 6500 abitanti.</p>
LEPS Sostegni nel progetto personalizzato Sostegno socio-educativo domiciliare e territoriale e servizi di prossimità	<p>Implementare l'utilizzo dei servizi come interventi a sostegno della genitorialità dare risposta ai bisogni sociali e socioeducativi di minorenni e famiglie, con particolare attenzione a quelle nelle quali le figure genitoriali sperimentano delle difficoltà nel garantire risposte positive ai bisogni di sviluppo dei loro figli. Questo servizio si configura anche come un intervento a sostegno della genitorialità, in quanto, attraverso l'attività che gli educatori professionali svolgono regolarmente presso il domicilio del minorenne, valorizzano le risorse presenti nella famiglia e accompagnano il processo di costruzione di risposte positive (competenze e strategie) ai bisogni evolutivi del bambino da parte delle figure genitoriali in maniera progressivamente più autonoma.</p>	

AZIONE	DESCRIZIONE	CONNESSIONI
<p>Tirocini finalizzati all'inclusione sociale all'autonomia delle persone ed alla riabilitazione</p>	<p>Implementare l'utilizzo dei tirocini di inclusione in un'ottica integrata</p>	<p>A tal proposito si ricorda sia l'Avviso Pubblico dei "servizi di accompagnamento al lavoro per persone svantaggiate" finanziato col Fondo di Sviluppo e Coesione, che l'Avviso Pubblico "Interventi di accompagnamento al lavoro per persone in condizione di fragilità" FSE+ nell'ambito delle linee PAD 3.h.1 (Inclusione attiva e miglioramento dell'occupabilità di persone in carico ai servizi socio sanitari territoriali) e 3.k.7 (Sostegno alle persone con limitazione dell'autonomia per l'accesso ai servizi di cure sociosanitarie), che mettono al centro il progetto personalizzato come strumento più idoneo per erogare servizi ai singoli destinatari.</p>
<p>Sostegno alla genitorialità</p>	<p>Attivazione di un percorso di sostegno alla genitorialità ogni qualvolta si presenti una situazione di bisogno complesso nei nuclei con minorenni. Si indica quindi come priorità l'attivazione di un percorso di sostegno alla genitorialità ogni qualvolta si presenti una situazione di bisogno complesso (per cui sia definito il quadro di analisi) e nel nucleo sia presente un minorenne. I servizi di educativa scolastica appaiono di particolare necessità stante gli effetti di impoverimento culturale ed educativo patito soprattutto dai minorenni che vivono in famiglie più vulnerabili, così come i servizi di educativa domiciliare e territoriale e altri dispositivi a supporto dei minorenni e delle loro famiglie. A questo proposito, è particolarmente significativo lo strumento dei Pez (Progetti Educativi Zonali), rivolto a bambini/e e ragazzi/e dalla scuola primaria alla secondaria di II grado.</p>	<p>Il LEPS Programma di Intervento e Prevenzione dell'Istituzionalizzazione P.I.P.P. LEPS P.I.P.P.I. viene finanziato sia attraverso il Fondo Nazionale Politiche Sociali (F.N.P.S.) 2024-2026 sia dal PNRR Missione 5 C2, Investimento 1.1, sub investimento 1.1.1 "Interventi finalizzati a sostenere le capacità genitoriali e supportare le famiglie e i bambini in condizione di vulnerabilità". Inoltre concorrono anche le altre risorse del FNPS dedicate all'Area povertà e all'Area Minori e famiglie nelle Macroattività Accesso, valutazione e progettazione - Misure per il sostegno e l'inclusione sociale - Interventi per favorire la domiciliarità.</p>
<p>Pronto Intervento sociale</p>	<p>Giungere progressivamente all'attivazione di SEUS (Sistema Emergenza Urgenza Sociale regionale) su tutto il territorio regionale, anche per avere un sistema omogeneo di attuazione del LEPS che rispetti le caratteristiche previste a livello nazionale. Il Pronto intervento sociale fa parte anche della strategia rivolta alla grave marginalità</p>	<p>Caratteristiche del sistema - illustrate n particolare nell'allegato A alla DGR 838/2019 - rispondono già a quanto previsto dalla scheda tecnica LEPS 3.7.1 del Piano Nazionale 2021- 2023. Attualmente SEUS è attivo in sperimentazione effettiva o interna negli Ambiti Empolese-Valdarno inferiore, 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, Livornese, Amiata grossetana Colline metallifere Grossetana, Alta Val di Cecina Valdera, Alta Val d'Elsa, Pisana, Aretina, Versilia, Piana di Lucca e in via di attivazione negli Ambiti Apuane e Valle del Serchio</p>

AZIONE	DESCRIZIONE	CONNESSIONI
Segretariato sociale e informazione	<p>Potenziare il segretariato sociale, l'informazione rivolta alla popolazione, le reti locali di ascolto nell'ottica del modello di porta d'accesso one-stop shop ed in correlazione con i centri servizi e con le case di comunità. Il Segretariato sociale funge da perno di una rete territoriali di "punti avanzati" che vedono spesso come protagonisti Enti del Terzo Settore ed Enti Religiosi. Questi luoghi non dovranno creare duplicazioni rispetto ai punti di accesso già esistenti ma incardinarsi nelle strutture già attivate o in corso di attivazione (PUA, centri servizi per il contrasto alla povertà, CPI, Case di Comunità ecc.), in stretto collegamento anche con le unità di strada affinché ci sia un effettiva fruizione del servizio anche da parte delle persone più vulnerabili quali quelle senza dimora. In prospettiva l'obiettivo è quello di fare in modo che il cittadino possa essere facilitato nei percorsi di accesso ai servizi, nella logica one-stop-shop.</p>	<p>Contrasto alla povertà in una logica di one-stop-shop</p>
Progetti Utili alla Collettività	<p>Rilanciare lo strumento come opportunità di riattivazione e ottenimento di nuove competenze per i beneficiari anche in connessione con i servizi per l'impiego. PUC potranno rappresentare un tassello importante della filiera logica di strumenti e opportunità che sistema dei servizi per la presa in carico integrata delle persone in condizioni di fragilità potrà strutturare per dotare le equipe multidisciplinari di veri e propri cataloghi delle risorse individuate tra quelle mappate nei vari Ambiti territoriali. Infatti, i PUC possono garantire la dimensione dell'apprendimento di competenze relazionali quanto mai indispensabili anche per l'innalzamento dei livelli di integrazione sociale e di autonomia, ma anche rappresentare uno step intermedio e preliminare a inserimenti socio-lavorativi. Il servizio di individuazione e validazione delle competenze - erogato dai Centri per l'Impiego - permette di identificare quali sono le conoscenze, le abilità e/o le competenze acquisite in contesti formali, non formali o informali anche all'interno dei PUC.</p>	<p>DGR del 18/05/2020 n° 20 "Disposizioni per la realizzazione di tirocini di orientamento, formazione e inserimento/ reinserimento finalizzati all'inclusione sociale all'autonomia delle persone ed alla riabilitazione". I PUC sono correlati anche alle azioni a corrispettivo sociale previste dalla L.R. n. 17/2020.</p>

**Potenziamento
delle Equipe
multiprofessionali
e dei punti unici di
accesso**

- Attivazione di equipe di presa in carico multiprofessionali nel 70% degli ATS nell'ambito di vigenza del piano, promuovendo la sottoscrizione di protocolli territoriali integrati
- Attivazione di un sistema di accessi che comprenda la rete dei Centri Servizi, i One Stop Shop come luoghi di accesso ai servizi per l'integrazione tra sociale e lavoro connessi con servizi dedicati alla popolazione migrante, in stretta connessione con la porta unitaria di accesso attivata all'interno delle case di comunità (DGR 1508/2022) almeno nel 50% degli ATS

In ambito di potenziamento della multidisciplinarietà, si evidenzia infine la "Manifestazione d'interesse per le azioni di incremento della capacità degli ATS di rispondere alle esigenze dei cittadini, garantendo adeguati servizi sociali alla persona e alla famiglia, in un'ottica di integrazione con i vari livelli di governo e del rispetto del principio di sussidiarietà - Triennio 2025-2027" (DCD 268/2024) attraverso l'assunzione di personale a tempo determinato per il prossimo triennio per le seguenti figure professionali: Funzionario Amministrativo; Funzionario Contabile - Economico finanziario/ Funzionario esperto di rendicontazione; Funzionario Psicologo; Funzionario Educatore Professionale Socio Pedagogico/Pedagogista. Gli ATS toscani hanno aderito in maniera estesa alla richiesta (27 ATS su 28), evidenziando un fabbisogno complessivo di 68 amministrativi, 71 contabili/esperti rendicontazione, 131 psicologi, 178 educatori professionali socio pedagogici/pedagogisti.

4.7 Interventi e servizi in favore di persone in condizione di povertà estrema e senza dimora

La lunga esperienza che i territori toscani hanno sviluppato orienta il Piano regionale, coerentemente con quanto stabilito a livello nazionale, verso il superamento di approcci di tipo emergenziale in favore di approcci maggiormente strutturati.

Si indicano qui i principali caposaldi di questa strategia

- L'housing led e housing first: assumono il rapido reinserimento in un'abitazione come punto di partenza affinché i senza dimora possano avviare un percorso di inclusione sociale.
- La "presa in carico": comune a tutti gli approcci strutturati e punto di divergenza rispetto ai servizi emergenziali, declinata in un progetto mirato a potenziare le capacità della persona affinché esca dalla condizione di disagio e riprenda il controllo della propria vita e l'autonomia: per la complessità dei bisogni. Una presa in carico integrata tra i servizi sociali e sanitari (in particolare per quanto riguarda dipendenze e salute mentale) e del lavoro.
- Servizi e gli interventi di bassa soglia o di riduzione del danno concepiti in una logica non emergenziale.
- Risposte primarie ai bisogni delle persone senza dimora mediante servizi di pronta e prima accoglienza svolti in strada o in strutture di facile accessibilità, in una dimensione di prossimità rispetto alla persona (presa in carico).

Le azioni previste in questa sezione del Piano regionale riguardano sia la connessione con il pronto intervento sociale, come sopra indicato, che il LEPS relativo all'accesso alla residenza anagrafica, che deve essere garantito in ogni Comune.

Ciò che il Piano toscano intende implementare è un lavoro integrato con gli uffici dell'anagrafe comunale cui spetta la definizione della residenza anagrafica anche con la collaborazione con Enti del Terzo settore o con servizi pubblici territoriali che hanno in carico il percorso individuale del beneficiario (Servizio sociale professionale; servizi socioassistenziali, sanitari di base e/o specialistici), per l'indirizzamento al servizio e per la documentazione dell'esistenza di una relazione continuativa con il territorio.

La collaborazione con enti del Terzo settore, nei Comuni demograficamente più consistenti e con maggiore presenza di persone senza dimora), si configurerà attraverso specifiche azioni da intraprender anche da parte delle unità di strada, coinvolgendo nella rete il segretariato sociale, il servizio sociale professionale e i centri servizi per senza dimora (nei Comuni demograficamente più consistenti e con maggiore presenza di persone senza dimora) per le attività di orientamento ai servizi.

Accanto a questo Leps si intende perseguire gli obiettivi di servizio relativi all'housing first, implementatati sia con i progetti PON AVVISO 4, che con le quota servizi fondo povertà marginalità che, da ultimo, con l'avvio integra.

La connessione alla rete housing first implica un percorso formativo e di supervisione allo scopo di diffondere le modalità operative Housing First e Housing led; da questo punto di vista Regione Toscana ha sviluppato una partnership strategica con la Federazione Italiana Organismi Persone senza Dimora (FioPSD).

All'interno della programmazione dedicata dalla misura del Pnrr M5 C2 sub investimento 1.3.2 la rete dei Centri servizi, che si sta completando e di cui non si hanno ancora dati di attività, dovrà, come sopra indicato, essere connessa al sistema in rete, che abbiamo denominato One Stop Shop, e dovrà tenere specifiche connessioni con le case di Comunità, anche come terminali per la connessione con i servizi socio-sanitari.

5. VIOLENZA E SERVIZI SOCIALI: AGGRESSIONI AGLI/ALLE ASSISTENTI, PERCORSI E PROCESSI DI CONTRASTO ALLA VIOLENZA ISTITUZIONALE E ALLA VITTIMIZZAZIONE SECONDARIA

I due contributi che seguono, pur affrontando temi apparentemente distinti – da un lato l'aggressione agli assistenti sociali, dall'altro la violenza istituzionale – condividono un obiettivo comune e profondo: la qualificazione del sistema del welfare e dei servizi sociali come condizione necessaria per rendere effettivi i diritti delle persone.

Da una parte, l'aumento degli episodi di aggressività nei confronti degli operatori mette in luce il disagio crescente e la frustrazione che nascono dalla percezione (o dalla realtà) di servizi inadeguati o incapaci di rispondere ai bisogni. Dall'altra, il rischio della violenza istituzionale segnala derive burocratiche, atteggiamenti stigmatizzanti o pratiche escludenti che compromettono la funzione stessa del Servizio sociale.

Riflettere su questi fenomeni significa dunque interrogarsi sul senso del lavoro sociale, sulla qualità delle relazioni d'aiuto e, più in generale, sulla capacità delle istituzioni di garantire giustizia sociale e dignità. Un sistema dei servizi sociali che tutela davvero i diritti non può prescindere dal rispetto reciproco, dalla professionalità e dalla responsabilità condivisa tra cittadini, operatori e istituzioni.

Siamo consapevoli che si tratta di un percorso ancora in divenire, un *work in progress* che richiede tempo, ascolto e confronto. Ma è già significativo – e per certi versi decisivo – che si sia scelto di intraprendere questi cammini in modo condiviso, a livello interistituzionale, riconoscendo la complessità delle sfide e la necessità di affrontarle insieme.

Focus: Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e Socio-sanitarie (ONSEPS)

La crescita esponenziale e preoccupante di episodi di violenza nei confronti degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie ha portato le diverse istituzioni operanti nel sistema a realizzare nel tempo specifici monitoraggi, documenti, raccomandazioni con finalità diverse. Spesso si tratta di forme di violenza provenienti dagli stessi pazienti o dai loro caregiver, che si traducono in aggressioni fisiche, verbali o di comportamento.

Con l'obiettivo di assicurare un lavoro sinergico da parte delle istituzioni, è stato individuato un apposito organismo e nella legge 14 agosto 2020, n. 113 (Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni) è stata prevista l'istituzione dell'Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e Socio-sanitarie (ONSEPS), con specifici compiti di monitoraggio, studio e promozione di iniziative volte a garantire la sicurezza dei professionisti presso il Ministero della salute. I componenti dell'ONSEPS sono stati nominati con decreto del Ministro della salute del 17 febbraio 2022. L'Osservatorio acquisisce, con il supporto dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, istituito presso l'Agenas, e degli ordini professionali, i dati regionali relativi all'entità e alla frequenza gli episodi di violenza commessi ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni, anche con riguardo alle situazioni di rischio o di vulnerabilità nell'ambiente di lavoro, inoltre l'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità acquisisce i predetti dati dai Centri per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, istituiti in ogni Regione dalla legge n. 24 del 2017 (c.d. Legge Gelli) e li trasmette tramite l'Agenas.

Presentata al Parlamento il 12 marzo 2025 la relazione con il resoconto delle attività svolte nell'anno 2024 dall'Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e Socio-sanitarie (ONSEPS) da cui è tratto il dato nazionale 2024 riferito dal CNOAS sulla situazione a livello nazionale¹. Le comunicazioni relative all'apertura della survey sono state diffuse dal Consiglio Nazionale attraverso il proprio sito istituzionale e i canali social. Successivamente, i Consigli regionali dell'Ordine degli Assistenti Sociali hanno rilanciato le comunicazioni, raggiungendo tutti gli iscritti sul territorio nazionale. Prima del monitoraggio, è stato organizzato un webinar dal Consiglio Nazionale in collaborazione con la Fondazione Nazionale Assistenti Sociali, che ha registrato l'iscrizione di oltre 4.000 partecipanti.

¹ https://www.salute.gov.it/new/sites/default/files/imported/C.17_publicazioni_3539_allegato.pdf

Al 30 novembre 2024, il totale degli assistenti sociali iscritti all'Albo professionale, suddivisi tra le sezioni A e B, ammonta a 47.758. La survey, promossa dal Consiglio Nazionale in collaborazione con i Consigli regionali, è stata somministrata tramite un questionario online sulla piattaforma Google Moduli. La survey ha raccolto 11.356 risposte, di cui 10.922 valide (96,17%).

Gli assistenti sociali che hanno subito aggressioni negli ultimi 12 mesi sono stati 1.055 (9,65% delle risposte valide), per un totale di 6.867 eventi di aggressione, con una media di 6,5 eventi per aggredito. La maggior parte delle aggressioni sono state di natura verbale (5.828 eventi, 84,86%), seguite dalle aggressioni contro la proprietà (347 eventi, 5,05%) e quelle di tipo fisico (312 eventi, 4,5%). In Toscana, dal monitoraggio degli episodi di violenza commessi ai danni degli esercenti le professioni sociali, iscritti all'Ordine Assistenti sociali nell'esercizio delle loro funzioni emergono, nel 2024, 96 casi. Nella stessa relazione si trova indicata la buona pratica avviata in Regione Toscana che risulta in fase di implementazione², anche in considerazione dei contatti già avviati tra la Rappresentante di Regione Toscana all'Osservatorio Nazionale e la presidente dell'Ordine degli Assistenti sociali della Toscana tramite l'Osservatorio Sociale Regionale. Per una trattazione più approfondita degli interventi ed azioni realizzate da Regione Toscana, si rimanda al cap. “La prevenzione alle aggressioni verso gli esercenti la professione sanitaria e socio-sanitaria” - E. De Melis (Regione Toscana) contenuto nell'edizione 2025 di Welfare e salute³.

5.1 La violenza verso gli/le assistenti sociali

Il tema della prevenzione delle aggressioni verso gli/le assistenti sociali, da sempre attenzionato dall'Ordine, è stato iscritto tra le priorità dell'attività del Consiglio nel 2024, a seguito di gravi atti di aggressione ad assistenti sociali registrati dopo lo stop al Reddito di Cittadinanza.

La violenza verso gli/le assistenti sociali è un fenomeno diffuso anche se sottostimato e sommerso. Ormai numerose ricerche dimostrano come chi lavora nei servizi sociali corra un alto rischio di subire violenza, analogamente a quanto avviene nel settore della sanità. Allo stesso tempo dalle ricerche “emerge una situazione di estrema solitudine dell'assistente sociale, che si trova a fronteggiare da solo l'evento critico e tutte le ricadute che ne possono conseguire: disturbo da stress post traumatico; problematiche legali connesse all'obbligo di denuncia; fenomeni di vero e proprio stalking, subito anche in situazioni extra-lavorative e nella propria sfera familiare e privata”.

La lettura del fenomeno consegna un quadro complesso, che va affrontato in modo strutturale e con un approccio multistrategico, all'interno dei luoghi di esercizio professionale.

Ma non solo. Non bisogna, infatti, sottovalutare che il fenomeno delle aggressioni è l'espressione ultima e visibile di un altro fenomeno ben più complesso e meno visibile che ne è alla base, ovvero lo “stato di crescente sofferenza in cui si trovano oggi in Italia il sistema dei servizi sociali e il servizio sociale quale attività professionale ivi operante (...) Il fenomeno della violenza a danno degli assistenti sociali da parte dei loro utenti sembra quindi rappresentare un campanello d'allarme che rende meglio visibile il depotenziamento del servizio sociale e del sistema dei servizi in atto, ovvero di un trend spesso non direttamente percepibile. In questo senso l'aggressività espressa appare come un indicatore urlato di qualità percepita come insufficiente da parte dell'utenza, ovvero una

² L'obiettivo è quello di promuovere azioni di potenziamento di dispositivi infrastrutturali e di misura di comunicazione e formazione per la prevenzione delle aggressioni al personale sanitario.

³ <https://www.osservatoriosocialeregionale.it/pubblicazioni>

reazione (inadeguata e non funzionale) di difesa spesso suscitata da un senso di frustrazione rispetto alle proprie aspettative". In questo contesto come CROAS Toscana, abbiamo aperto nell'ambito dell'Accordo con Regione Toscana, un percorso di collaborazione con l'Assessorato alle Politiche Sociali, con l'obiettivo di affrontare il fenomeno delle aggressioni in modo sistematico e strutturato. Come primo passo abbiamo costituito all'interno della Commissione Consiliare Etica e Deontologica il "Gruppo di lavoro sul rischio di aggressione ai danni degli assistenti sociali".

Abbiamo ottenuto la collaborazione di Anci Toscana e dei Dipartimenti dei Servizi Sociali delle AUSL per l'individuazione di assistenti sociali che potessero rappresentare le esperienze delle diverse organizzazioni territoriali, sulle strategie di prevenzione e contrasto al fenomeno delle aggressioni. Il GdL si compone dalla Presidente Commissione Etica e deontologica e da Assistenti sociali Referenti del Dipartimento Servizi Sociali Usl Toscana centro, Dipartimento Servizi Sociali Toscana Nord Ovest, Dipartimento Servizi Sociali Toscana Sud Est, Comune di Firenze, Comune di Livorno, SdS Firenze Nord Ovest.

Il GdL ha lavorato su alcuni obiettivi: contestualizzare il fenomeno delle aggressioni alle/agli assistenti sociali in Toscana, definire strumenti utili a definire il quadro delle responsabilità dei vari attori, e sviluppare attività informativa e formativa. Il percorso è ancora aperto ma una prima fase di ricognizione consente di fare qualche prima considerazione sul fenomeno delle aggressioni nel sistema dei servizi sociali della Toscana.

È emerso un quadro normativo di misure di contrasto ampio ed articolato dal livello internazionale fino a quello regionale.

Ultima norma in ordine temporale la Legge 14 agosto 2020, n. 113 recante "Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni" pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 9 settembre 2020, n. 224.

"Nella complessità dell'impianto normativo non sempre è facile individuare gli aspetti specifici della nostra professione".

5.1.1 Approfondimento documentazione specifica sul tema

Anche in questo caso si rileva una buona base di elaborazione documentale sul tema che poggia sul lavoro di ricerca e studio sviluppato dal CNOAS che ha per altro dedicato sul proprio sito internet una sezione apposita al fenomeno del rischio professionale, con documenti, normative e protocolli. Molti di questi documenti costituiscono dei veri e propri vademecum ad uso dei professionisti ma anche di amministratori, datori di lavoro responsabili e componenti dei Sistemi di Prevenzione e Protezione, e contengono indicazioni e strumenti per prevenire e affrontare il rischio di violenza nei confronti dei professionisti dell'aiuto.

Allo stesso tempo anche alcune delle organizzazioni della Regione Toscana hanno elaborato documenti che perseguono l'obiettivo di informare e/o regolamentare chi fa cosa nel caso di aggressioni.

La documentazione è molto eterogenea e di non immediata fruibilità, oscilla tra documenti "generalisti" a documenti molto ancorati alle specificità dei contesti organizzativi.

5.1.2 Rilevazione e dati

I dati sono fondamentali per monitorare, quantificare e rendere visibile il fenomeno allo scopo di strutturare le azioni di prevenzione. Il Cnoas ha strutturato nell'area riservata una scheda di rilevazione degli episodi di violenza che ogni assistente sociale è sollecitato a compilare in caso di intimidazioni e condotte aggressive.

La scheda, dopo la compilazione, può essere stampata per segnalare l'aggressione al proprio datore di lavoro o allegarla alla denuncia/querela. Tale segnalazione inoltre viene automaticamente trasmessa al CROAS di competenza. Come CROAS Toscana abbiamo definito una nostra procedura per registrare e monitorare le segnalazioni oltre che di una modalità operativa a supporto dell'assistente sociale che ha segnalato.

Infatti la Commissione etica e deontologica attraverso un contatto telefonico con l'assistente sociale che ha segnalato l'aggressione o eventuali contatti con l'organizzazione di riferimento, persegue l'obiettivo di sostenere l'assistente sociale dando risalto all'esistenza di una filiera gerarchica e di un Ordine che è dietro ogni professionista. Per quanto in aumento, le segnalazioni registrate nel sistema di rilevazione dell'Ordine, rappresentano una piccola percentuale delle aggressioni segnalate alle Organizzazioni.

Esiste poi il sistema di rilevazione dell'Osservatorio regionale che ha attivato un monitoraggio trimestrale degli episodi di violenza, raccogliendo le segnalazioni delle Aziende sanitarie e ospedaliero-universitarie toscane, di Ispro e della Fondazione Gabriele Monasterio, al fine di avere piena contezza del fenomeno, distinguendo tra aggressioni verbali e aggressioni fisiche, e classificando gli episodi per aree di accadimento (Pronto Soccorso, Ser. D, Area materno infantile, Area Psichiatria, Area C.U.P., Altro) e per professionalità che ha subito l'aggressione (medico, infermiere, OSS, Amministrativo, Assistente sociale/educatore, Altro).

Emerge quindi un quadro composito di sistemi di rilevazione e l'assenza di un sistema integrato che restituisca la visione d'insieme del fenomeno delle aggressioni nella comunità professionale.

5.1.3 Rilevazione ed analisi delle strategie e prassi di prevenzione/ fronteggiamento aggressioni

Questo ambito di lavoro ha costituito l'aspetto più sfidante, ovvero comprendere la risposta dei diversi enti al fenomeno delle aggressioni mettendo in relazione il piano formale con quello applicato.

In generale dalla ricognizione del GdL emerge che il fenomeno è "affrontato" dai diversi enti, ma con in un quadro di profonde differenziazioni tra il servizio sociale delle aziende e quello degli EELL. In generale le AUSL hanno sviluppato modalità organizzative e procedurali più definite. Il GdL ha individuato l'obiettivo di sviluppare una sorta di "decalogo" che orienti l'assistente sociale sulle cose da sapere e chiedere all'organizzazione in caso di aggressione.

Questo importante cantiere sociale è ancora aperto e work in progress. Ad oggi grazie all'approfondimento del GdL abbiamo delineato un quadro conoscitivo e individuato degli obiettivi strategici da sviluppare. Sulla base del percorso svolto possiamo contestualizzare che le aggressioni agli assistenti sociali sono un fenomeno complesso e multidimensionale. Non si tratta di eventi

eccezionali, ma dell'espressione di un disagio che ha cause molteplici: crisi economiche e sociali, carenze strutturali, aspettative disattese, difficoltà comunicative e una crescente sfiducia verso le istituzioni.

Per questo, affrontare il problema non può limitarsi a misure emergenziali o a interventi isolati. Serve un approccio multistrategico, che combini la prevenzione dei conflitti, la formazione continua degli operatori, l'adozione di protocolli di sicurezza adeguati e, non da ultimo, un lavoro culturale per valorizzare il ruolo dell'assistente sociale nel sistema dei servizi sociali e sociosanitari.

È fondamentale promuovere contesti organizzativi che supportino il benessere dei professionisti e al tempo stesso favorire una narrazione pubblica più equilibrata, capace di restituire dignità e legittimità a un lavoro che, ogni giorno, si muove dentro la complessità delle fragilità umane.

Garantire la sicurezza delle/degli assistenti sociali non è solo un dovere etico e professionale: è una condizione necessaria per assicurare la qualità e l'efficacia degli interventi, e per costruire relazioni di fiducia tra cittadini e istituzioni. Solo così sarà possibile rendere i servizi sociali luoghi realmente inclusivi, sicuri e capaci di generare cambiamento.

Oggi più che in passato abbiamo una maggiore consapevolezza, sostenuta da ricerche, da dati, da riferimenti normativi specifici, osservatori con funzioni di monitoraggio ed anche esperienze operative di gestione del rischio. Sono state promosse numerose azioni, come l'elaborazione di linee guida, l'adozione di procedure, interventi formativi e iniziative locali di prevenzione.

Tutti questi strumenti sono utili e necessari, ma restano spesso frammentati e disomogenei. Ciò che ancora manca è un approccio strutturato e coordinato, capace di sistematizzare quanto già esiste e di integrare prevenzione, protezione e supporto in una visione condivisa.

Solo un intervento coerente e continuativo, fondato sulla collaborazione tra istituzioni, servizi e professionisti, potrà trasformare gli strumenti esistenti in un vero sistema di tutela. Un sistema in grado non solo di reagire agli episodi di violenza, ma anche di prevenirli, rafforzando il ruolo sociale dell'assistente sociale e contribuendo alla costruzione di servizi più sicuri, umani e capaci di generare fiducia.

In questo percorso, il rapporto interistituzionale gioca un ruolo centrale: la collaborazione tra Ordine Regione Toscana, Organizzazioni e Sindacati è fondamentale per costruire una visione condivisa e per garantire coerenza tra le politiche e le pratiche. La costituzione di un Tavolo regionale dedicato può rappresentare un livello strategico per promuovere integrazione, diffusione delle buone pratiche e coordinamento territoriale, contribuendo in modo concreto alla costruzione di un sistema organico di prevenzione, protezione e sostegno.

5.2 Cantiere sociale sulla violenza istituzionale

Il CROAS Toscana, in continuità con il percorso avviato nella IV Conferenza del Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali svolta a Firenze il 20 Gennaio del 2023, ha deciso di sviluppare la riflessione su come i sistemi di cura e tutela, e in essi i servizi sociali, possano esporre le persone, come effetto indiretto e secondario, al rischio di subire violenza istituzionale, maltrattamento, abuso di potere o negligenza intesa come violenza per omissione.

L'obiettivo è rimuovere l'opacità attorno al fenomeno della violenza istituzionale che di fatto rimane

per gran parte invisibile e affrontato solo per casi molto gravi, con una attenzione mediatica che si traduce spesso nella ricerca delle responsabilità individuali e mai di messa in discussione del “sistema” che li origina. Invece è proprio quando i servizi abdicano a precisi doveri e responsabilità di garanzia di condizioni di vita rispettose dei diritti delle persone, che si genera un terreno ideale per il maltrattamento istituzionale e la violenza di Stato.

Si tratta di aprire un processo di responsabilizzazione delle istituzioni ed anche dei singoli operatori e professionisti, che promuova l'analisi nei contesti di cura e tutela, rilevi le criticità nelle procedure, nella gestione metodologica ed operativa che generano violenza e maltrattamento istituzionale.

Nessuno può dire io non c'entro, e non lo diciamo neanche noi assistenti sociali. La violenza istituzionale esiste nelle carceri, nelle aule dei tribunali, nelle caserme, nei servizi per l'accoglienza dei migranti, nelle strutture di ricovero e più in generale nei servizi sociali. Per mandato istituzionale ogni comunità professionale, quando viene conclamata una forma di violenza addebitabile a un proprio membro, dovrebbe schierarsi dalla parte della vittima.

Il processo di responsabilizzazione della professione non può che passare da un profondo cambiamento dell'impianto dei servizi reso necessario dal cambiamento sociale che ci consegna un quadro di bisogni sempre più ampio e più complesso. Dobbiamo sostenere con forza il passaggio da un sistema di welfare state distributivo, che ha esaurito le proprie potenzialità, ad un welfare civile, capace di coniugare diritti e libertà.

È intuitiva la differenza tra diritto e concessione. Concedere, vuol dire “dare, per grazia, per favore, per generosità, qualcosa”. La concessione, quindi, è un atto evidentemente legato al potere dello Stato e della sua amministrazione. Però, se spostiamo il punto di osservazione, c'è l'altro lato della medaglia “il diritto”. Non una concessione, soprattutto se parliamo di quelli civili, di sicurezza e di salute. Sono sanciti nella nostra Carta costituzionale. Lo Stato ne regola l'erogazione, le organizzazioni e le responsabilità correlate, ma è il suo scopo garantirli.

Quando si perde questo quadro generale, quando le componenti dello Stato, si dimenticano che non è un favore quello che fanno, ma un preciso dovere, allora ci troviamo nel terreno ideale per il maltrattamento istituzionale.

Maltrattamento e violenza istituzionale, oppressione o soppressione dei diritti, sono molto più frequenti di quanto pensiamo. Le cronache hanno denunciato molti casi aberranti, ma accanto a questi però ci sono molte forme più sottili, meno evidenti, striscianti. Sono violenze da “incompetenza”. I bias cognitivi traggono origine dal pregiudizio, dalla scarsa conoscenza, da visioni soggettive che non rispecchiano in modo fedele la realtà. Noi sappiamo che spesso le decisioni possono essere prese in modo corretto, proprio sulla base di bias che diventano come delle scorciatoie che ci permettono di agire in modo veloce, ma dobbiamo interrogarci per tutte quelle situazioni in cui possono portare ad un errore di valutazione o alla mancanza di oggettività di giudizio.

In questa direzione occorre modificare la formazione dei professionisti, sia di base che continua, in modo da considerare l'oppressione, la violenza e il maltrattamento istituzionale non soltanto attraverso l'attenzione alle relazioni interpersonali ma anche osservando come tali relazioni si costruiscono all'interno di strutture e processi socio-culturali più ampi. Un ultimo passaggio è fondamentale: bisogna spostare l'attenzione dalle presunte incapacità degli operatori, dalla ricerca di responsabilità individuali a problemi sociali strutturali, ad una lettura dei sistemi nei quali gli operatori lavorano, alla narrazione che si fa del lavoro di cura, che non può essere appiattito ad una

serie da prestazioni da erogare, ai criteri ed ai vincoli imposti dalle organizzazioni.

Il tema del potere nelle professioni è spesso rimosso, ma come Ordine Assistenti Sociali, abbiamo deciso di accendere un faro su ciò che facciamo e soprattutto sul come. Vogliamo aprire un dibattito su come il servizio sociale può ridurre il rischio di maltrattamento, ripensare strumenti e organizzazioni per non essere strumento oppressivo, ma fattore di vero cambiamento e promozione per le comunità. Come professione dobbiamo comprendere gli errori commessi, capire cosa non ha funzionato e i motivi, senza paura di essere attaccati e senza alzare barriere difensive.

Per questo obiettivo il CROAS Toscana ha chiesto ed ottenuto la collaborazione dell'Assessorato alle Politiche Sociali per sviluppare un percorso che abbia l'obiettivo di aumentare la consapevolezza sul fenomeno, sviluppare a più livelli capacità di analisi e di coping dei problemi rilevati, mettere in atto azioni strumenti, prassi virtuose per riconoscere, rilevare, contrastare la violenza e il maltrattamento istituzionale. Un processo le cui ricadute saranno da trasferire nei sistemi formativi, programmatori e dei processi socio-culturali più ampi.

Abbiamo condiviso che l'avvio del percorso non potesse prescindere dalla partecipazione e dall'ascolto delle associazioni di esperienza che rappresentano le categorie particolarmente vulnerabili e quindi maggiormente esposte al rischio di maltrattamento e violenza istituzionale.

Si prevede lo sviluppo di work shop tematici su diversi ambiti Tutela minori; Violenza di genere e vittimizzazione secondaria; Salute mentale, non autosufficienza, disabilità; Carceri e dipendenza; Migranti e marginalità. Le aggregazioni delle diverse categorie nei work shop rispondono solo ad esigenze organizzative.

Il percorso si concluderà in autunno con la realizzazione di un evento pubblico in cui proporre i risultati della campagna di ascolto, la sottoscrizione di un documento comune che valorizzi le evidenze e definisca degli obiettivi per prevenire e contrastare la violenza istituzionale. In questo quadro sarebbe auspicabile l'istituzione a livello regionale di un organismo di confronto stabile tra istituzioni e Associazioni di Advocacy.

Di fatto il percorso è già stato avviato e parti di obiettivi sono già in fase di realizzazione.

Come primo tema abbiamo individuato la violenza di genere e la prevenzione della vittimizzazione secondaria. Come CROAS Toscana abbiamo richiesto ed ottenuto la collaborazione della Regione Toscana e con l'impegno degli assessori Serena Spinelli, Alessandra Nardini e Simone Bezzini abbiamo realizzato il corso di formazione di 25 ore "Prevenire la vittimizzazione secondaria nelle reti antiviolenza".

Un percorso di ascolto e co-costruzione con i CAV i CUAV e la Questura, sviluppato con il Comitato Regionale di Coordinamento sulla violenza di genere, e finalizzato a migliorare le pratiche professionali in un'ottica di prevenzione della vittimizzazione secondaria.

Il corso, con il contributo di esperti di elevata competenza a livello nazionale, si è incentrato sulla conoscenza degli effetti del trauma quale preconditione per supportare le vittime, salvaguardando il loro equilibrio psico-fisico; sulla prevenzione della vittimizzazione secondaria nei percorsi della giustizia civile e penale e di protezione e tutela anche alla luce di rapporti e sentenze; l'approfondimento sulla valutazione delle responsabilità delle istituzioni nella vittimizzazione secondaria; la previsione

di competenze e strumenti per garantire la protezione ai minorenni vittime e testimoni della violenza; e non ultimo i percorsi per il recupero degli autori e di protezione della vittima.

L'adesione al corso è stata altissima. Hanno frequentato circa 300 operatrici ed operatori delle reti antiviolenza. Un risultato che denota quanto il lungo investimento della regione Toscana sulle reti antiviolenza crei oggi le basi per fare quel necessario salto di qualità che consenta di accompagnare le donne vittime di violenza e i loro figli senza provocare ulteriori sofferenze e traumi.

La strada è ancora lunga, ma è tracciata e percorrerla restituirà qualità al sistema dei servizi sociali della Regione Toscana.

PRINCIPALI EVIDENZE DEL RAPPORTO

Il “Quarto Rapporto sui Servizi sociali in Toscana – Anno 2025” si propone di analizzare il sistema integrato dei servizi sociali e socio-sanitari in Toscana e l'evoluzione del lavoro sociale nel contesto delle politiche pubbliche, testimoniando l'impegno della Toscana nel dare concretezza agli obiettivi di integrazione, riconoscendo il ruolo centrale degli/delle assistenti sociali e le funzioni in evoluzione del Servizio sociale territoriale.

Il lavoro delinea un quadro complesso ma dinamico del sistema dei Servizi sociali in Toscana, evidenziando l'impegno regionale nell'attuazione delle riforme nazionali, in particolare per quanto riguarda l'integrazione socio-sanitaria, il potenziamento del personale (assistenti sociali e altre figure), l'implementazione dei LEPS (Supervisione, Pronto Intervento, Residenza Fittizia, Sostegno Genitorialità, ...), lo sviluppo di modelli organizzativi (CdC, COT, PUA/One Stop Shop), il contrasto alla povertà e all'esclusione, e l'attenzione alla sicurezza dei professionisti e alla prevenzione della violenza istituzionale.

Il primo capitolo – I livelli essenziali delle prestazioni e gli obiettivi di servizio delle politiche regionali – esamina l'attuazione delle riforme sociosanitarie, con particolare riferimento al Decreto Ministeriale 77/2022, che ridefinisce modelli e standard per l'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale, delineando il “modello toscano” come un percorso di lunga data verso l'integrazione socio-sanitaria, consolidato nel tempo attraverso varie leggi regionali e riforme degli assetti. Si evidenzia la necessità di connettere i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) con l'evoluzione dei LEPS e di rivedere radicalmente i modelli di presa in carico attraverso processi unitari e multidimensionali, e vengono identificati tre elementi organizzativi principali del sistema territoriale integrato: la Casa della Comunità (CdC), la Centrale

Operativa Territoriale (COT), e il Punto Unico di Accesso (PUA).

Il secondo capitolo – Il ruolo del Servizio sociale all'interno della riforma della sanità territoriale - si concentra sulla sfida che la DGR 1508/2022 (attuazione del DM 77/2022 in Toscana) rappresenta per il servizio sociale, evidenziando la collaborazione tra i Dipartimenti di Servizio Sociale delle Aziende USL e il CROAS Toscana per lo sviluppo di modelli innovativi e l'integrazione sociosanitaria. In questo contributo, in particolare, si approfondisce il ruolo dell'assistente sociale nelle Case della Comunità (CdC), che implica competenze consolidate (lavoro di comunità) e innovative (facilitazione percorsi integrati, presa in carico della cronicità/fragilità) e si descrive il Punto Unico di Accesso (PUA) come porta di accesso integrata ai servizi sociali e sociosanitari, mirato a garantire pari opportunità di accesso e ad estendere la competenza all'inclusione sociale delle persone fragili.

Nel Capitolo 3 – Il servizio sociale tra integrazione, multiprofessionalità e territorio: l'attuazione di alcuni Livelli essenziali delle prestazioni sociali – si affronta l'attuazione di specifici LEPS in Toscana, inseriti nel quadro normativo nazionale:

- il LEPS relativo al Servizio Sociale Professionale, che prevede un obiettivo di servizio di un assistente sociale ogni 4.000 abitanti a livello nazionale. Vengono forniti dati sulla situazione toscana: al 31.12.2024, ci sono 781 assistenti sociali a tempo indeterminato negli ambiti toscani, rispetto ai 546 del 2020. Il 60% degli ambiti ha raggiunto o superato il rapporto di 1:5000 nel 2024, con una previsione di miglioramento per il 2025;
- il LEPS Supervisione del Personale dei Servizi Sociali, finalizzato a rafforzare le competenze, prevenire il burnout e migliorare la qualità dei servizi. Vengono descritte le modalità operative e l'investimento a lungo termine nella supervisione. La Regione Toscana supporta gli ATS nell'implementazione di questo LEPS attraverso incontri, comunità di pratica e lo sviluppo di uno strumento di monitoraggio standardizzato;
- il LEPS relativo agli interventi a sostegno della genitorialità, che in Toscana si traduce in percorsi abilitanti e rigenerativi per minorenni e famiglie, con un focus sulla prevenzione e la co-costruzione con i beneficiari;
- la sezione sulla Presa in carico sociale/lavorativa descrive l'integrazione intersettoriale tra servizi sociali e del lavoro, promuovendo il lavoro di équipe multidisciplinare.
- Il quarto capitolo descrive in maniera analitica i contenuti del recente Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2024-2026 e delle relative Linee guida regionali recentemente approvate con Dgr 682/2025.

Se, da un lato, il Piano Nazionale promuove un sistema “universalistico”, “protettivo” e di “prossimità” per garantire l'equità di accesso e superare i divari territoriali, le Linee guida regionali pongono l'accento sulla multidimensionalità delle povertà e la necessità di connessioni con le diverse pianificazioni territoriali. Viene ribadita la centralità dell'equipe multidisciplinare come punto fondamentale della strategia regionale. La rete di governo in Toscana include un Tavolo tecnico permanente e una Cabina di regia che alimenta un confronto bottom-up con i territori. La Comunità di pratica per l'inclusione sociale è uno snodo importante per l'integrazione tra servizi sociali, del lavoro e sociosanitari. Viene evidenziata l'originalità toscana nel qualificare il Punto Unico di Accesso (PUA) in un'ottica integrata (sociale, socio-sanitario, socio-educativo) basata sulla DGR 1508/2022. L'obiettivo è un modello di “one-stop shop” per facilitare l'accesso ai servizi, in particolare per le persone vulnerabili e marginali, con connessioni con i Centri servizi e le Case di Comunità.

L'ultima sezione del Rapporto affronta, da una duplice prospettiva, il tema della violenza: le aggressioni subite dagli assistenti sociali e la violenza istituzionale. Entrambi sono visti come ostacoli alla qualificazione del sistema di welfare e alla garanzia dei diritti e della giustizia sociale.

Le aggressioni verso gli assistenti sociali sono un fenomeno diffuso, sottostimato, con un alto rischio per i professionisti. Viene segnalata la solitudine dell'assistente sociale nel fronteggiare l'evento critico. Esiste un quadro normativo ampio ma la documentazione e i sistemi di rilevazione sono eterogenei e frammentati a livello nazionale. Un gruppo di lavoro in Toscana sta affrontando il fenomeno a livello regionale.

Il "Cantiere sociale sulla violenza istituzionale", promosso dal CROAS Toscana con la collaborazione della Regione, mira ad aumentare la consapevolezza su come i sistemi di cura possano involontariamente esporre le persone al rischio di subire violenza istituzionale. Il percorso si propone di sviluppare capacità di analisi e contrasto, mettendo in atto prassi virtuose. Un primo tema affrontato è la violenza di genere e la prevenzione della vittimizzazione secondaria. È stato realizzato un corso di formazione molto partecipato su questo tema. L'obiettivo è accompagnare le vittime senza causare ulteriori sofferenze.

BIBLIOGRAFIA

Allegri, E., (2023), *Supervisione e servizio sociale*, Carocci , Roma.

Bensi, S. (2018). Moral distress e servizio sociale. *La Rivista di Servizio Sociale: Studi di Scienze Sociali Applicate e di Pianificazione Sociale*, 58(2), 66-72.

CNOAS et al. *Indicazioni e strumenti per prevenire e affrontare il rischio di violenza nei confronti dei professionisti dell'aiuto -“Vademecum” ad uso di amministratori, datori di lavoro responsabili e componenti dei Sistemi di Prevenzione e Protezione, professionisti e loro rappresentanti. Ricerca sulla aggressività nei confronti degli assistenti sociali - Nota di sintesi per la prima presentazione degli esiti.* Roma, 11 ottobre 2017

Grandey, A. A. (2000). Emotional regulation in the workplace: A new way to conceptualize emotional labor. *Journal of occupational health psychology*, 5(1), 95.

Hochschild A.R., (1983), *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*. Berkeley: University of California Press

Labrief (a cura di) (2025) *Report di valutazione sintesi 2022-2024. Undicesima implementazione LEPS P.I.P.P.I. PNRR – FNPS*, Padova: Padova University Press.

LabT integrato di Firenze e Prato nell'ambito di PIPPI 7 (a cura di) (2021), *Carte della Partecipazione, Quaderno Operativo*, Firenze: Istituto degli Innocenti

Milani, P. (a cura di) (2022), *Il Quaderno di P.I.P.P.I. Teorie, metodo e strumenti del Programma di Intervento per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione – LEPS Prevenzione dell'allontanamento familiare*, Padova: Padova University Press.

Rosina, B., & Sicora, A. (a cura di) (2019). *La violenza contro gli assistenti sociali in Italia.*, ed. Franco Angeli, Milano

Sanfelici M. (2024). *Fondamenti del servizio sociale anti-oppressivo*, Carocci, Roma

ATTRIBUZIONI E RINGRAZIAMENTI

Il testo è opera congiunta del gruppo di ricerca coordinato da Silvia Brunori e Luca Caterino. Silvia Brunori e Agnese Bardelli ne hanno curato l'edizione.

In termini formali si segnalano le seguenti attribuzioni:

- **Introduzione** | Silvia Brunori (Regione Toscana)
- **Capitolo 1** | “I livelli essenziali delle prestazioni e gli obiettivi di servizio delle politiche regionali” Michelangelo Caiolfa (Federsanità Anci Toscana)
- **Capitolo 2** | Il ruolo del Servizio sociale all'interno della riforma della sanità territoriale - Dgr 1508/2022
 - **Paragrafo 2.1** | Rosa Barone (Presidente CROAS Toscana), Rossella Boldrini (Direttrice dei Servizi Sociali Ausl Toscana Centro), Laura Guerrini (Direttrice dei Servizi Sociali Ausl Toscana Nord-Ovest) e Patrizia Castellucci (Direttrice dei Servizi Sociali Ausl Toscana Sud-Est)
 - **Paragrafi 2.2, 2.3, 2.4 e 2.5** | Sara Bensi (CROAS Toscana), Marisa D'Avino (Ausl Toscana Centro), Martina Vannucci (Ausl Toscana Nord-Ovest) e Simonetta Feri (Ausl Toscana Sud-Est)
- **Capitolo 3** | Il servizio sociale tra integrazione, multiprofessionalità e territorio: l'attuazione di alcuni Livelli essenziali delle prestazioni sociali
 - **Paragrafo 3.1** | Marco La Mastra e Massimiliano De Luca (Regione Toscana)
 - **Paragrafo 3.2** | Silvia Brunori (Regione Toscana) e Agnese Bardelli (Federsanità Anci Toscana)
 - **Paragrafo 3.3** | Angela Vignozzi (Regione Toscana)
 - **Paragrafo 3.4** | Cristina Corezzi e Vanessa Visentin (Regione Toscana)
- **Capitolo 4** | Il Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2024-2026: Andrea De Conno (Federsanità Anci Toscana)
- **Capitolo 5** | Violenza e Servizi Sociali: aggressioni agli/alle assistenti, percorsi e processi di contrasto alla violenza istituzionale e alla vittimizzazione secondaria: Rosa Barone (CROAS Toscana)
 - **Focus** | Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e Socio-sanitarie (ONSEPS): Silvia Brunori (Regione Toscana)

Un particolare ringraziamento per la collaborazione offerta va al CROAS Toscana e ai Dipartimenti dei Servizi sociali delle Aziende USL della Toscana.



Regione Toscana



Osservatorio sociale regionale



anci toscana

Osservatorio Sociale Regionale

Data monitor

I dati di Comuni, Zone distretto, province e Aree vaste della Toscana organizzati in tabelle, grafici e mappe.

Approfondimenti

Articoli, approfondimenti e buone pratiche sui temi sociali e socio-sanitari.

Indicatori e metadati

Gli indicatori e i metadati organizzati per aree tematiche.

Pubblicazioni

I Rapporti e i paper di ricerca dell'Osservatorio Sociale Regionale.

IL NUOVO PORTALE DELL'OSSERVATORIO SOCIALE REGIONALE

Il Portale dell'OSR è uno strumento di conoscenza sui fenomeni sociali e socio-sanitari che riguardano la popolazione residente nei 273 Comuni della Toscana e si pone come supporto per Amministratori, Uffici di Piano, tecnici, operatori dei Servizi, Terzo settore per la lettura dei bisogni sociali e sociosanitari all'interno delle comunità toscane, oltre che per la programmazione di policy e interventi riferiti a tali ambiti. È anche uno strumento a disposizione di studiosi, esperti, cittadini, che intende favorire la più ampia conoscenza relativa alle complesse dimensioni che riguardano i determinanti di salute, anche per alimentare un dibattito informato su un ambito fondamentale che riguarda la vita di famiglie e individui toscani. Il Portale offre la possibilità di interrogare le banche dati e scaricare le stesse nei formati che consentono ulteriori possibilità di elaborazioni. Attraverso lo strumento di georeferenziazione dati, inoltre, è possibile visualizzare su mappa le informazioni al livello di dettaglio territoriale fornito.

I dati e i temi presenti fanno riferimento alle seguenti aree tematiche:

- Violenza di genere
- Condizione abitativa
- Condizioni economiche delle famiglie
- Disabilità
- Famiglie e minori
- Istruzione
- Lavoro
- Povertà
- Stili di vita
- Stranieri
- Terzo settore

Il Portale è raggiungibile al seguente link:
<https://www.osservatoriosocialeregionale.it/>



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).

