

UN'EMERGENZA NON SOLO SANITARIA

I SERVIZI SOCIALI NEL CORSO DELLA PANDEMIA

Secondo Rapporto sui Servizi Sociali in Toscana - 2021



Regione Toscana



Osservatorio
Sociale Regionale

UN'EMERGENZA NON SOLO SANITARIA

I SERVIZI SOCIALI NEL CORSO DELLA PANDEMIA

**SECONDO RAPPORTO
SUI SERVIZI SOCIALI IN TOSCANA
2021/2022**



Regione Toscana



**Un'emergenza non solo sanitaria: i servizi sociali nel corso della Pandemia.
Secondo Rapporto sui servizi sociali in Toscana - 2021/2022**

Regione Toscana - Direzione Sanità, welfare e coesione sociale - Settore Welfare e sport
Osservatorio Sociale Regionale

Responsabile dell'Osservatorio Sociale Regionale è Alessandro Salvi – Dirigente del Settore Welfare e Sport

Il testo è opera congiunta del gruppo di ricerca coordinato da Massimiliano De Luca (responsabile Osservatorio regionale – sezione Servizi Sociali), che ne ha curato l'edizione. Hanno partecipato alla ricerca Marco La Mastra (Regione Toscana), Marco Betti, Michelangelo Caiolfa, Luca Caterino, Gennaro Evangelista, Barbara Giachi e Selma Rodrigues (Federsanità Anci Toscana).

Progetto grafico di Andrea Meloni

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

Un'emergenza non solo sanitaria : i servizi sociali nel corso del pandemia : secondo rapporto sui servizi sociali in Toscana, 2021 / [a cura di] Regione Toscana,

Direzione diritti di cittadinanza e coesione sociale, Settore welfare e sport, Osservatorio sociale regionale ; [testi di] Massimiliano De Luca, Michelangelo Caiolfa, Luca Caterino, Marco Betti, Raffaella Barbieri, Marco La Mastra ; prefazione di Serena Spinelli ; progetto grafico di Andrea Meloni. - Firenze : Regione Toscana, 2021

1. Toscana <Regione> : Direzione diritti di cittadinanza e coesione sociale : Settore welfare e sport, Osservatorio sociale regionale 2. De Luca, Massimiliano 3. Caiolfa, Michelangelo 4. Caterino, Luca 5. Betti, Marco 6. Barbieri, Raffaella 7. La Mastra, Marco 8. Spinelli, Serena 9. Meloni, Andrea

361.9455

Servizi sociali - Toscana - 2021 - Rapporti di ricerca

ISBN 9788894586770
2021 Federsanità-ANCI Toscana
Marzo 2021

Attività sviluppata nell'ambito dell'accordo di collaborazione tra Regione Toscana e Anci Toscana di cui alla DGRT 1663/2019 - Linea 1 "Osservatorio Sociale Regionale"



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



Questo è un PDF interattivo. Usa l'icona presente in ogni pagina per andare all'indice e da lì muoverti agilmente tra i contenuti del Rapporto.



INDICE

Prefazione	5
Introduzione	7
Sezione I - L'assetto dei servizi sociali in Toscana	
1. Le trasformazioni istituzionali e organizzative. L'evoluzione dell'assetto toscano	13
1.1. Le origini dell'assetto toscano	14
1.2. L'articolazione verticale delle funzioni di governo e la materia dell'Assistenza Sociale	16
1.3. La riforma nazionale inconsapevole	18
1.4. Gli strumenti associativi per l'integrazione sistemica	20
1.5. Gli assetti delle Società della Salute e delle Convenzioni Sociosanitarie	24
1.6. Gli assetti organizzativo-professionali in ambito sociale e le unioni comunali	27
1.7. Considerazioni e auspici	31
Appendice - I principali passaggi normativi nelle materie dell'assistenza sociale e dell'esercizio delle funzioni fondamentali comunali	35
Sezione II - La risposta del sistema dei servizi sociali all'emergenza Covid-19	
2. I servizi sociali territoriali nel corso del primo lockdown: il livello zonale	39
2.1. Rete e governance	42
2.2. Organizzazione del personale del servizio sociale professionale	57
2.3. Servizi erogati e modalità	66
2.4. Le risorse utilizzate per fare fronte all'emergenza	
3. L'indagine ai Comuni sulla gestione dei Servizi sociali durante la prima fase emergenziale	83
3.1. La riorganizzazione dei Servizi e gli impatti dell'emergenza sui bisogni	87
3.2. Il coordinamento degli interventi	93
3.3. L'autovalutazione dei modelli di risposta all'emergenza	95
3.4. Gli apprendimenti post pandemia	98

Sezione III - La comunità professionale

4. La capacità di risposta al Covid-19 da parte della comunità degli Assistenti Sociali della Toscana	107
4.1. Croas Toscana e formazione in tempo di Covid-19	108
5. I contributi economici finalizzati al potenziamento dei servizi sociali	111
5.1. L'analisi del testo normativo	112
5.2. Primo anno di applicazione della norma	115
5.3. La situazione toscana	116
Appendice: il testo integrale dei commi della Legge di Bilancio 2021 relativi ai Servizi Sociali	118
6. I servizi sociali: una risorsa preziosa per i cittadini, non solo nell'emergenza	121
Conclusioni	127
Infografiche	131
Attribuzioni e ringraziamenti	135



PREFAZIONE

Parlare dei sistemi di welfare e tra questi di servizio sociale, significa riconoscerne gli operatori - l'insieme degli assistenti sociali professionali che operano nell'ambito plurale del sistema dei servizi alla persona - come risorsa essenziale. Rappresentano i nodi di una rete a cui i cittadini possono fare riferimento e tramite la quale possono entrare in contatto con professionisti in grado di fornire loro un sostegno, dalla restituzione di informazioni fino all'attivazione di interventi, dando un contributo essenziale alla realizzazione delle politiche integrate di inclusione sociale.

La legge 328/2000 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, con la 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'Assistente Sociale responsabile del caso i compiti di valutazione professionale del bisogno, la definizione del percorso assistenziale personalizzato e la sua attuazione in termini di appropriatezza ed efficacia, sostenendo la necessità dell'integrazione multi-professionale con altri operatori sociali e sanitari. Inoltre, 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.

Consapevole dell'importanza del loro ruolo, Regione Toscana sta rafforzando il proprio impegno per integrare gli interventi di area sociale con quelli sanitari, potenziando un sempre più efficace coordinamento delle risorse con l'obiettivo di fare della *prevenzione* e della *presa in carico complessiva* il cardine della progettazione e della valutazione delle politiche.

Questo lungo e difficile anno ci ha mostrato che le conseguenze dell'emergenza provocata dalla pandemia impattano pesantemente sia a livello sanitario che sociale, sia sul piano economico che su quello psicologico. E che come sempre accade, le conseguenze più gravi si sono avute tra le fasce di popolazione più vulnerabili che già vivevano in condizioni di bisogno, di povertà, di isolamento o malattia.

L'Italia è stato il primo Paese occidentale che si è trovato ad affrontare l'emergenza, introducendo ordinanze restrittive finalizzate a limitare al massimo la diffusione dell'epidemia attraverso misure di distanziamento interpersonale che hanno stravolto le abitudini di vita, lavorative e soprattutto relazionali dell'intera popolazione. I Servizi hanno risposto adeguando gli assetti organizzativi, sperimentando inedite soluzioni di comunicazione con l'utenza, attivando concertazioni con i diversi attori sociali del territorio per razionalizzare le risorse ed assicurare risposte rapide ai bisogni.

In questo contesto le tecnologie informatiche hanno giocato un supporto fondamentale, riproponendo con forza il tema della digitalizzazione dei servizi della Pubblica Amministrazione e la necessità di adeguare le modalità di lavoro degli operatori a fronte dell'emergere di nuove necessità che la pandemia ha estremizzato in modo repentino e drammatico.

L'Osservatorio Sociale Regionale, attraverso una rilevazione finalizzata ad approfondire le trasformazioni intervenute nei Servizi, ha cercato di tradurre questa esperienza in un patrimonio informativo, affinché le migliori esperienze innovative messe in campo dai servizi sociali per affrontare le difficoltà di questa emergenza possano rappresentare una risorsa per riprogrammare la loro organizzazione sulla base di nuovi e accresciuti bisogni.

SERENA SPINELLI

*Assessora alle Politiche sociali,
Edilizia Residenziale pubblica
e cooperazione internazionale*



INTRODUZIONE

Il ruolo dei servizi sociali

I servizi sociali, al pari di quelli sanitari, sono stati tra i protagonisti della drammatica situazione di emergenza sanitaria che stiamo vivendo. Sin dai primi provvedimenti a contrasto della pandemia si sono infatti trovati nella necessità non solo di fare fronte ad una domanda crescente da parte della popolazione, ma anche di adeguare la loro attività alla normativa che impattava in modo trasversale sulle loro aree di intervento – dalla chiusura dei centri diurni, alla necessità di tutelare operatori e utenti – con ripercussioni sui servizi domiciliari e sulla modalità di accesso agli uffici. La necessità di dare comunque risposte ai bisogni in tempi strettissimi li ha indotti a interrogarsi in merito alle priorità di intervento e a ridefinire i propri assetti organizzativi, evidenziando la necessità di un costante lavoro di aggiornamento e ridefinizione del sistema di welfare per evitare di appiattirlo su esigenze di stampo assistenzialistico finalizzate unicamente a tamponare l'emergenza.

La situazione che tutti i Servizi territoriali si sono trovati ad affrontare è stata caratterizzata da una evidente multi-dimensionalità: all'emergenza sanitaria si è infatti sovrapposta quasi immediatamente una grave situazione di crisi dal punto di vista economico e sociale, e il conseguente lockdown – riproposto in seguito con modalità variabili – ha solo evidenziato (e lo ha fatto in modo drammatico) non solo problemi irrisolti, ma vere e proprie contraddizioni del nostro modello di sviluppo, prima ancora che di welfare. La condizione di vulnerabilità di milioni di persone a rischio si è trasformata nell'arco di pochi mesi in uno stato di povertà, anche estrema, o le ha fatte precipitare nell'isolamento

sociale, privi di reti e legami ai quali poter fare riferimento. Parliamo di individui nell'orbita dei servizi sociali: disabili, anziani fragili, marginalità sociali e *border line*; ma anche uomini e donne che hanno perso il lavoro a causa della chiusura delle attività, precari e soggetti con difficile ricollocabilità, per età o competenze, ed anche anziani sino a quel momento autosufficienti. Il coinvolgimento di cittadini che non si erano mai rivolti al sistema di assistenza ci ha fatto rendere conto – e lo ha fatto in modo drammatico – quanto sia incerta la condizione di benessere e gli altissimi costi (impliciti ed espliciti) che la nostra società richiede per poter essere pienamente soggetti di diritto. Ma non si tratta di un problema soltanto economico: la povertà ha quasi sempre una dimensione multi-dimensionale che sovente emerge nei percorsi di accompagnamento, punta di un iceberg di bisogni complessi e articolati.

Le risposte in emergenza

Quando parliamo di risposte in emergenza ci riferiamo a numerosi interventi messi in campo da soggetti e organizzazioni. Nelle Zone Distretto, le azioni attivate per fronteggiare l'emergenza sanitaria hanno visto il coinvolgimento e la partecipazione dei diversi attori sociali del territorio oltre a quelli istituzionali – in parte operanti proprio in ambito sociale a livello professionale (come numerose associazioni del Terzo Settore), ma anche privati e singoli cittadini. Nella quasi totalità, i territori si sono organizzati concertando strategie e mettendo a disposizione le diverse risorse – economiche, umane, dotazioni – e possiamo ritenere che ciò sia stato possibile in virtù di una esperienza maturata negli anni relativamente alla costruzione di reti sociali attraverso un approccio di tipo partecipativo alla governance. Reti che hanno permesso non solo di avvalersi – come detto – di risorse preziosissime, ma anche di aumentare l'efficacia degli interventi grazie alla loro capacità di interpretare in tempo reale i bisogni della popolazione, mutati in relazione all'evoluzione della pandemia sia nella forma che nella priorità.

Il rischio di questa fase emergenziale, tuttavia, è stato (ed è ancora) quello di appiattare la risposta su un piano assistenziale e non proattivo. Gli interventi – a partire dal governo, dalle regioni, agli ambiti e nei singoli Comuni – si sono infatti inevitabilmente concentrati sull'obiettivo di fronteggiare la crisi tamponando i bisogni primari emersi attraverso contributi economici, buoni spesa, dotazioni tecniche per la didattica a distanza. Strumenti assolutamente necessari ma, come detto, soluzioni poco orientate a sostenere e valorizzare l'attivazione delle persone, che dovranno pertanto essere ricondotti ad una attività di programmazione di più ampio respiro.

Ripensare il futuro

La necessità di dover utilizzare e attivare strumenti e processi di lavoro inediti ha mostrato potenzialità e opportunità che dovranno avere un ruolo significativo anche dopo il superamento della fase di emergenza, seppure attraverso una loro mirata ri-calibrazione. In particolare, l'investimento digitale e tecnologico si è rivelato essenziale nella comunicazione e ancor di più nel mantenimento della relazione tra i Servizi e i cittadini, giocoforza resa difficile (e a momenti persino impossibile) dalle misure precauzionali di contenimento del virus. Allo stesso tempo, non va però dimenticato che questa modalità di interazione a distanza porta con sé un forte rischio di esclusione, in termini di accesso e competenze necessarie all'utilizzo; e che esistono numerose situazioni per le quali il contatto interpersonale resta il più adeguato. La sintesi di questa esperienza dovrà essere oggetto di accurate valutazioni, ma è certo che valorizzare il patrimonio di relazioni e modalità di lavoro sperimentati in questi mesi appare senz'altro auspicabile, così come mantenere un equilibrio che contemperi la flessibilità con la quale velocizzare complessi sistemi di procedure decisionali o burocratiche e la conseguente rapidità nel fornire le risposte.

Assieme all'organizzazione dei Servizi, questa fase dovrà servire anche a re-interpretare priorità e modi per rispondere ai bisogni dei cittadini, nell'ottica di una sempre maggiore integrazione non solo tra gli ambiti sociale e sanitario, ma anche attraverso una ricomposizione delle strategie tra chi programma e decide, e chi realizza gli interventi nei territori. Nel periodo di lockdown ci siamo infatti resi conto di come siano profondamente cambiati gli scenari, e una presa in carico di problemi individuali e sociali non può prescindere dall'integrazione tra risorse e competenze diverse dei diversi attori in campo. I risultati ottenuti in questo difficile anno costituiscono una base di partenza da valorizzare e sostenere per la programmazione degli assetti futuri.

Il report

L'Osservatorio Sociale Regionale ha cercato di raccogliere la reazione "a caldo" dei Servizi di ambito attraverso un questionario finalizzato a capire come hanno adattato nel corso della prima fase di lockdown (11 marzo-3 maggio 2020) sia la loro organizzazione che le modalità di restituzione delle prestazioni di pertinenza.

Ne è emerso un quadro nel complesso coerente, la cui analisi ha cercato di approfondire alcuni aspetti relativi agli assetti (tra tutti il livello di gestione degli stessi servizi socio-sanitari a livello di ambito), e alle variabili che possono

aver avuto un ruolo determinante nelle strategie operative messe in campo. A tale scopo, ci siamo avvalsi anche dell'omologa rilevazione effettuata da ANCI a livello comunale, evidenziando elementi di coerenza e soprattutto di arricchimento sul piano informativo.

Il report, per ricostruire una analisi di contesto in grado di accogliere le considerazioni sopra esposte, ripercorre le principali tappe nazionali e regionali che hanno generato le trasformazioni istituzionali dei sistemi socio-assistenziali toscani, quindi esamina gli assetti organizzativi attuali in ambito regionale, sottolineando la loro impostazione finalizzata ad una sempre più completa integrazione sociosanitaria. Nella terza parte, dedicata alla comunità professionale, è stato incluso un approfondimento sulle disposizioni contenute nella legge 178/2020 relativamente ai contributi erogati agli ambiti per l'assunzione di Assistenti Sociali Professionali, le disposizioni dell'Ordine Professionale in merito alle procedure in emergenza, e un approfondimento sulla normativa relativa alla tutela dei minori.

L'obiettivo principale di questo lavoro non è tanto quello di ricostruire ciò è accaduto nell'ultimo anno, quanto di mettere in evidenza quanto, in termini di buone prassi di lavoro, possa costituire un contributo per la programmazione delle politiche di area socio-sanitaria e l'organizzazione futura degli stessi Servizi, affinché possano svolgere nel modo migliore il loro compito non solo di sostegno e assistenza, ma di agenti del cambiamento sociale.

MASSIMILIANO DE LUCA

*Coordinatore gruppo di lavoro sulla disabilità
Osservatorio Sociale Regionale*



SEZIONE I

**L'ASSETTO
DEI SERVIZI SOCIALI
IN TOSCANA**



1. LE TRASFORMAZIONI ISTITUZIONALI E ORGANIZZATIVE

L'evoluzione dell'assetto toscano

Come auspica il titolo, questo scritto ripercorre le principali tappe nazionali e regionali che hanno generato le trasformazioni istituzionali dei sistemi socioassistenziali toscani, per poi descrivere gli assetti organizzativi attuali in ambito regionale. Anche se il fuoco dell'attenzione è centrato sulle materie sociali, nell'approccio toscano è insito il riferimento costante ai temi dell'integrazione sociosanitaria che, di conseguenza, accompagnano anche questo tentativo di ricostruzione.

Il tema delle trasformazioni istituzionali è affrontato nei primi tre paragrafi (1. Le origini dell'assetto toscano. 2. L'articolazione verticale delle funzioni di governo e la materia dell'Assistenza Sociale. 3. Gli strumenti associativi per l'integrazione sistemica) mentre le questioni inerenti gli assetti organizzativi sono affrontate nei successivi due paragrafi (4. Gli assetti delle società della salute e delle convenzioni sociosanitarie. 5. Gli assetti organizzativo-professionali in ambito sociale e le unioni comunali).

Il paragrafo conclusivo è dedicato ad alcune considerazioni sui prossimi sviluppi sia a livello regionale che nazionale: la gestione diretta dei servizi sociali da parte delle società della salute e la nuova pianificazione di livello nazionale in ambito sociale. Se applicato su larga scala, il primo processo condurrà inevitabilmente alla riorganizzazione di oltre metà dei servizi sociali toscani (dal 55% al 70%) e costituirà il vero fattore di trasformazione di tutto il sistema regionale. Il secondo elemento assume invece un'importanza parti-

colare perché a livello nazionale sono stati varati tre Piani di settore (Povertà, Sociale, Non autosufficienza) legati a tre fondi strutturali che finanziano gruppi di livelli essenziali di prestazioni sociali, a cui si aggiungono diverse altre azioni di riorganizzazione. Di fatto si tratta di una sorta di 'riforma nazionale inconsapevole' che investe gli assi portanti dei servizi socioassistenziali e i principali fattori di integrazione; finalmente l'azione statale inizia a connettere in modo esplicito i servizi sociali con i diritti di cittadinanza sociale dei singoli cittadini e delle loro famiglie.

La portata di questi sviluppi, già avviati di fatto sia in ambito regionale che nazionale, fa quindi riemergere l'esigenza di consolidare le esperienze organizzative in corso anche alla luce della loro progressiva convergenza verso assetti certi e compiuti, totalmente integrati nel complessivo sistema regionale.

Alla fine del contributo è allegata una piccolissima appendice in cui sono evidenziati i principali passaggi normativi nelle materie dell'assistenza sociale e dell'esercizio delle funzioni fondamentali comunali.

1.1. Le origini dell'assetto toscano

I cardini fondanti dell'assetto istituzionale e organizzativo che si è affermato in Toscana sono rimasti sostanzialmente immutati per oltre venti anni, malgrado i profondissimi cambiamenti intervenuti nell'organizzazione statale nello stesso periodo, poi appesantiti dai ritardi e dalle estenuanti oscillazioni delle successive norme applicative.

La legge regionale 72/1997 segnò il momento del vero cambiamento rispetto al passato delineando il nuovo profilo del sistema socioassistenziale e identificando i suoi elementi portanti: i soggetti coinvolti, l'organizzazione territoriale, gli strumenti e le procedure di programmazione, le reti di protezione sociale. Il sistema fu fondato sull'ambito territoriale sociosanitario, la programmazione territoriale, la costituzione di fondi unitari, la conferenza dei sindaci, le reti territoriali. In quel tempo si usava riassumerne tutto l'impianto attraverso una frase che veniva riproposta incessantemente in tanti luoghi di discussione, elaborazione, decisione: 'un solo ambito, una sola conferenza, un solo piano, un solo fondo'.

Oltretutto la L.R. 72/1997 per forza di cose fu costruita in parte come una legge, in parte come un piano. Si trattò di una delle primissime esperienze regionali di quel tipo tanto che, insieme all'analoga normativa regionale emiliano-romagnola, fornì l'architettura di base su cui venne successivamente

elaborata la Legge 328/2000. La parte 'di piano' affrontava in modo molto dettagliato gli interventi socioassistenziali e le attività di integrazione sociosanitaria (la genesi era precedente al D.Lgs. 299/1999), elementi intesi come il vero e proprio contenuto tangibile del sistema territoriale dei servizi.

Nello stesso titolo della L.R. 72/1997 *'Organizzazione e promozione di un sistema di diritti di cittadinanza e di pari opportunità: riordino dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari integrati'* sono contenute le due tensioni che hanno incessantemente alimentato tutti i percorsi successivi:

- La spinta costante verso la costituzione di un vero e proprio sistema di diritti di cittadinanza e di pari opportunità, basato sul rapporto tra la dimensione regionale delle funzioni di programmazione e la dimensione zonale della gestione dei servizi.
- Il periodico riordino degli strumenti, delle modalità e dei processi relativi ai servizi socioassistenziali e sociosanitari che ha visto le sue tappe principali nel 1997, nel 2005, nel 2014 e probabilmente ne vedrà un'altra nel 2021.

Il punto è un po' questo: attorno ai cardini principali dei sistemi territoriali che sono rimasti praticamente invariati in questi ventiquattro anni, si è dipanata una infinita vicenda fatta di avanzamenti, pause, ripensamenti, riordini, rilanci, rimozioni, attese, fughe, insieme a tante costruzioni locali consapevoli, metodiche, ostinate, silenziose, che in realtà costituiscono il cuore del sistema toscano. Non si tratta delle consuete e semplici 'eccellenze', cioè di sperimentazioni o buone pratiche, c'è molto di più: le esperienze locali solide sono al contrario il frutto della consapevolezza e della persistenza di quello che era stato tracciato una ventina di anni fa e che ha sempre avuto solo il bisogno di essere compreso, aggiornato e sostenuto con serenità e serietà.

Nel loro complesso questi venti anni propongono una vicenda di grande significato che meriterebbe di essere ricostruita in modo sistematico, per essere poi oggetto di un'ampia discussione pubblica. Un modo per evitare che i nostri tempi siano ridotti a una semplice sequenza di azioni singole e slegate, prive di memoria e di prospettiva. In attesa di poter partecipare a una nuova stagione di confronto aperto, serio e approfondito, questi paragrafi propongono un piccolo e parzialissimo viaggio alla ricerca delle grandi forze normative e organizzative che hanno prodotto gli sviluppi di questi anni e hanno portato agli assetti attuali.

1.2. L'articolazione verticale delle funzioni di governo e la materia dell'Assistenza Sociale

Come è noto la riforma del Titolo V della Costituzione del 2001 ha mutato profondamente le competenze dei diversi livelli di governo, ne è scaturita una lunghissima stagione caratterizzata dall'elaborazione delle successive norme applicative e da un intenso conflitto istituzionale. Le vicende sono estremamente complesse e intricate, tanto è vero che dopo tutti questi anni non si è ancora giunti a un assetto completo, stabile e del tutto condiviso. Rispetto a questo mondo così vasto, lo scritto cerca di seguire l'evoluzione della sola funzione di 'assistenza sociale'¹ per tentare di ricostruire le vicende che hanno influenzato gli attuali assetti toscani dei servizi socioassistenziali e dei livelli di integrazione con i servizi sociosanitari.

Nella materia denominata 'Assistenza Sociale' le competenze sono così articolate:

- Livello statale: determinazione dei livelli di assistenza.
- Livello regionale: programmazione e organizzazione dei servizi sociali.
- Livello comunale: gestione e realizzazione dei servizi, delle attività e delle prestazioni.

La cosiddetta 'articolazione verticale dei poteri' è il primo punto di riferimento da assumere per comprendere i meccanismi su cui si reggono gli attuali assetti istituzionali e organizzativi toscani. Passaggi resi un po' difficoltosi dal fatto che finora l'attuazione delle previsioni costituzionali è stata affidata di fatto ai decreti legislativi legati al federalismo fiscale e poi ai provvedimenti di razionalizzazione della spesa pubblica, con ricadute dirette quasi esclusivamente sugli aspetti gestionali-operativi.

In effetti una estenuante serie di provvedimenti ha disciplinato, in modo a volte contraddittorio o ambiguo, l'attribuzione delle funzioni ai diversi livelli di governo, le modalità del loro esercizio, le interazioni tra funzioni, le modalità di finanziamento. Semplificando al massimo, il nucleo di questa infinita stagione di riforme, oscillazioni, adattamenti, salti in avanti, arretra-

I LIVELLI DI COMPETENZA NELL'ASSISTENZA SOCIALE

¹ D.Lgs. 68/2011 'Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario', articoli 13 e 14.

menti, può essere riassunta in un concetto all'apparenza molto semplice ma dalle profonde implicazioni:

1. A ciascun livello di governo (statale, regionale, provinciale e comunale) corrisponde un insieme di funzioni fondamentali da svolgere obbligatoriamente.
2. Ciascun livello di governo è dotato di un insieme di tributi propri, arricchito da compartecipazioni ben definite a tributi degli altri livelli di governo, che copre l'insieme dei costi sostenuti per esercitare le funzioni fondamentali di competenza (a cui vanno aggiunti i fondi di perequazione).

Questa impostazione semplice e lineare, che richiama il cosiddetto principio della 'corrispondenza tra funzioni e risorse', unita alle norme sull'associazionismo comunale, ha prodotto delle conseguenze molto importanti per quanto riguarda gli assetti, i funzionamenti e l'organizzazione del *sistema locale dei servizi sociali e delle relative prestazioni ai cittadini*². Conseguenze piuttosto complicate da analizzare perché nel corso degli anni i due grandi processi si sono incrociati più volte e hanno immesso nel sistema delle profondissime azioni di riforma, rimaste poi largamente incompiute perché lasciate a impianti normativi non sistematici e prevalentemente legati alle sole contingenze annuali relative all'equilibrio del bilancio statale.

Il principio della corrispondenza tra funzioni e risorse era, ed è ancora, riferito al processo di superamento della spesa storica attraverso la determinazione dei cosiddetti costi e fabbisogni standard. Per quanto riguarda in particolare la materia 'sociale', questa operazione viene poi legata alla determinazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni da assicurare in modo omogeneo e uniforme su tutto il territorio nazionale.

In varie occasioni i principi di razionalizzazione della spesa pubblica sono stati legati anche al riordino degli enti locali, o per meglio dire, agli obblighi relativi all'esercizio delle funzioni associate per i piccoli comuni in riferimento alle Unioni comunali o alle Convenzioni.

² Il principale riferimento per l'attuazione del federalismo fiscale resta tuttora la L. 42/2009 'Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione' con i suoi successivi decreti attuativi. Tra le infinite normative che riguardano la razionalizzazione della spesa pubblica, ai fini del tema trattato possono essere considerati come riferimenti principali: la L. 122/2010 'Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica - Conversione D.L. 78/2010', art. 14.; e la L. 111/2011 'Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria - Conversione D.L. 98/2011', art. 20.

L'incrocio tra questi due grandi processi di riforma rimasti al momento ancora incompiuti, l'attuazione della riforma del Titolo V e il cosiddetto federalismo fiscale, ha dunque reso davvero difficoltoso ricostruire un campo stabile ed evolutivo entro cui sviluppare i sistemi dei servizi sociali come definiti dalla normativa e dal patrimonio di esperienze della Toscana.

1.3. La riforma nazionale inconsapevole

Di recente, per quanto riguarda le materie dell'assistenza sociale, è stato prodotto un tentativo molto serio per disincagliare la situazione e produrre una spinta evolutiva a livello nazionale. La legge 33/2017 *'Delega recante norme relative al contrasto alla povertà, al riordino delle prestazioni e al sistema degli interventi e dei servizi sociali'* recava tre materie oggetto di delega legislativa:

- L'introduzione di una misura nazionale di contrasto della povertà, denominata reddito di inclusione, individuata come livello essenziale delle prestazioni da garantire uniformemente in tutto il territorio nazionale (poi assorbita nel Reddito di Cittadinanza).
- Il riordino delle prestazioni di natura assistenziale finalizzate al contrasto della povertà.
- Il rafforzamento del coordinamento degli interventi in materia di servizi sociali, al fine di garantire in tutto il territorio nazionale i livelli essenziali delle prestazioni, nell'ambito dei principi della L. 328/2000.

Il conseguente decreto legislativo 147/2017, oltre alla definizione del reddito d'inclusione e il riordino delle altre misure assistenziali finalizzate al contrasto della povertà, dedica l'intero Capo IV proprio al riordino generale degli interventi in materia di servizi sociali. Di fatto si tratta della ricostruzione dell'impianto già normato dalla L.328/2000, che è stato trasportato nello spazio successivo alla riforma del Titolo V della Costituzione e reso nuovamente attivo a livello nazionale. L'operazione è stata possibile perché la L. 33/2017 ha operato tale ricostruzione attraverso il riferimento costante ai Livelli Essenziali delle Prestazioni che sono appunto materia di livello statale.

È questa la 'prospettiva costituzionale' entro cui sono state inquadrate tutte le azioni statali successive al D.Lgs 147/2017, che in particolare ha disciplinato:

LA RETE DELLA PROTEZIONE E DELL'INCLUSIONE SOCIALE

È l'organismo nazionale di coordinamento del sistema degli interventi e dei servizi sociali di cui alla legge n. 328/2000, presieduta dal Ministro del lavoro e delle politiche sociali ne fanno parte i rappresentanti di altri 5 ministeri, 20 componenti designati dalle regioni e 20 componenti designati tra le amministrazioni locali. Ha finalità ampie di indirizzo e coordinamento nella materia delle politiche sociali. Si articola in tavoli territoriali secondo gli accordi tra le Regioni e Ambiti territoriali, e si consulta ordinariamente con le parti sociali e le organizzative del terzo settore.

La Rete è responsabile dell'elaborazione di tre Piani nazionali:

- Il Piano sociale nazionale, in riferimento al Fondo nazionale per le politiche sociali.
- Il Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà, in riferimento al Fondo povertà.
- Il Piano per la non autosufficienza, in riferimento al Fondo per le non autosufficienze.

All'organismo istituzionale della Rete è associato anche un organismo tecnico denominato 'segreteria tecnica', ne ripropone la stessa composizione e può organizzarsi in gruppi di lavoro tematici sotto il coordinamento delle strutture tecniche ministeriali.

IL COORDINAMENTO DEI SERVIZI TERRITORIALI E LA GESTIONE ASSOCIATA DEI SERVIZI SOCIALI

L'intero sistema fa riferimento allo sviluppo di ambiti territoriali omogenei per le materie sociali, sanitarie e delle politiche del lavoro. L'offerta integrata di interventi e servizi costituisce livello essenziale delle prestazioni nei limiti delle risorse disponibili. Il livello della programmazione locale è quella dell'ambito territoriale. Sono individuate specifiche forme strumentali per la gestione associata dei servizi sociali a livello di ambito territoriale, che possono anche essere incentivate attraverso dei meccanismi premiali di assegnazione delle risorse.

IL SISTEMA INFORMATIVO UNITARIO DEI SERVIZI SOCIALI (SIUSS)

Le finalità del SIUSS riguardano la compiuta conoscenza dei bisogni sociali e delle prestazioni erogate, il monitoraggio dei livelli essenziali delle prestazioni, il controllo sulle prestazioni percepite indebitamente, mettere a disposizione una base integra di dati funzionale alla programmazione e alla progettazione degli interventi, elaborare dati ai fini statistici di ricerca e di studio. Il SIUSS è articolato in due componenti: il sistema informativo delle prestazioni e dei bisogni sociali; il sistema informativo dell'offerta dei servizi sociali (SIOSS).

La prospettiva costituzionale entro cui è stato operato il riordino disciplinato dalla Legge 33/2017 è sostanzialmente segnata dalla finalizzazione delle azioni di livello statale verso i Livelli Essenziali delle Prestazioni. Essendo questa la competenza del governo centrale in materia sociale, di conseguenza l'azione dei nuovi organismi e degli strumenti di pianificazione è circoscritta entro questo ambito. I tre Piani nazionali sono collegati a tre fondi strutturali e riferiti all'attuazione di due gruppi di LEP (Povertà e Non-autosufficienza) e di un gruppo di Obiettivi di Servizio (Piano sociale nazionale).

La legge delega sulla povertà e il successivo decreto legislativo, dunque, irrompono nella scena nazionale con molta energia portando di fatto al riordino complessivo delle materie sociali e rompendo lo stallo paludoso creato dalle due riforme interrotte del federalismo fiscale e del nuovo assetto degli enti locali. Oltretutto gli istituti già delineati dalla L. 328/2000 sono nuovamente proposti attraverso la definizione normativa di tre gruppi di LEP/Obiettivi di servizio, in questo modo viene finalmente aperta una stagione da sempre evocata a parole ma fino ad ora del tutto inedita per l'organizzazione dei servizi sociali: la relazione indissolubile tra i servizi di assistenza e i diritti di cittadinanza sociale.

1.4. Gli strumenti associativi per l'integrazione sistemica

Durante lo sviluppo delle normative descritte nel paragrafo precedente che riguardano l'articolazione verticale dei poteri, e prima della nuova trasformazione delle normative sociali nazionali avviata in occasione della legge delega sulla povertà del 2017, la Toscana ha operato il riordino del proprio sistema sociosanitario regionale nel 2014 seguito poi dal riordino dell'intero sistema sanitario regionale operato tra il 2015 e il 2018. Il riordino del sistema ha affrontato anche la riorganizzazione e il rilancio di due strumenti associativi che si riferiscono all'ambito ottimale della zona-distretto: la Società della Salute e la Convenzione Sociosanitaria.

Nel corso degli anni la normativa nazionale che riguarda l'esercizio delle funzioni di competenza comunale si è assestata individuando due soli strumenti associativi: l'Unione dei comuni e la Convenzione tra comuni. Il primo strumento costituisce un vero e proprio ente locale dotato di personalità giuridica propria e di autonomia organizzativa; il secondo strumento invece non ha una personalità giuridica propria e la realizzazione delle attività comuni previste dalla Convenzione è affidata a uno degli enti aderenti che la svolge per tutti. A questi due strumenti associativi generali, attivabili cioè per tutte

le funzioni comunali sulla base territoriale degli ambiti ottimali, si aggiunge anche il Consorzio che tuttavia può agire solo in pochissime materie ben definite dalle norme nazionali, tra queste sono previste le materie socioassistenziali. Nella normativa nazionale questi due strumenti generalisti Unione e Convenzione, più lo strumento dedicato del Consorzio, sono riservati alla sola partecipazione delle amministrazioni comunali.

GLI STRUMENTI PER L'ESERCIZIO ASSOCIATO

Nell'ambito del quadro nazionale appena esposto, il riordino del sistema sociosanitario operato in Toscana nel 2014 ha stabilizzato l'impianto regionale attraverso la conferma del consorzio Società della Salute e l'introduzione della Convenzione Sociosanitaria articolati sulla base degli ambiti territoriali della zona-distretto³. Sostanzialmente si tratta della definizione di due forme associative speciali che integrano gli strumenti nazionali riservati alla partecipazione delle sole amministrazioni comunali, aprendoli anche alle aziende sanitarie locali.

Strumenti Associativi			
Nazionale	Unione dei Comuni	Convenzione	Consorzio Socioassistenziale
Regionale	Unione dei Comuni	Convenzione Sociosanitaria	Consorzio Società della Salute

Strumenti Speciali

Queste forme associative speciali rispondono all'esigenza di un approccio sistemico e strutturale all'integrazione poiché si basano sulla costruzione di forme istituzionali permanenti, in grado di dare continuità all'azione amministrativa e di fornire una piattaforma per promuovere e regolare vaste interazioni che coinvolgono a pieno titolo le professionalità, le risorse, i processi assistenziali, gli assetti organizzativi, le modalità gestionali, le programmazioni e i processi partecipativi sia delle amministrazioni comunali che delle aziende sanitarie.

³ L.R. 40/2005 - Art. 64, comma 1: 'La zona-distretto è l'ambito territoriale ottimale di valutazione dei bisogni sanitari e sociali delle comunità, nonché di organizzazione ed erogazione dei servizi inerenti alle reti territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate'.

La Società della Salute è un consorzio di funzioni interamente pubblico, composto dai comuni afferenti allo stesso ambito zonale e dalla relativa azienda sanitaria locale. Esercita le funzioni di: indirizzo, programmazione strategica e programmazione operativa dell'assistenza sanitaria territoriale e dell'assistenza sociale; organizzazione e gestione delle attività sociosanitarie e delle attività socioassistenziali individuate dal piano regionale; controllo, monitoraggio e valutazione in rapporto agli obiettivi. Il Direttore della società della salute è anche il Responsabile di zona-distretto. Attualmente la società della salute può realizzare ed erogare direttamente i servizi e le prestazioni oppure può convenzionarsi a questo scopo con la stessa azienda sanitaria locale o, per quanto riguarda le materie socioassistenziali, con un ente locale del consorzio.

La Convenzione Sociosanitaria è stipulata dai comuni afferenti allo stesso ambito zonale e dalla relativa azienda sanitaria locale. Costituisce lo strumento istituzionale per l'esercizio associato delle funzioni di integrazione sociosanitaria, su base volontaria può essere utilizzato anche per l'esercizio associato delle funzioni puramente socioassistenziali. L'ente incaricato della gestione, per delega, è l'azienda sanitaria locale. La struttura gestionale e operativa è individuata dalla legge regionale nella zona-distretto.

Gli ambiti zonalì possono scegliere di attivare lo strumento per l'integrazione che meglio corrisponde ai bisogni delle proprie comunità e allo sviluppo dei servizi di assistenza. La scelta viene effettuata dalla Conferenza zonale integrata.

La Conferenza zonale integrata è uno degli elementi che compongono il sistema della governance istituzionale multilivello della Toscana. È costituita dai sindaci dei comuni o dai presidenti degli enti locali dell'ambito zonale, integrata con il direttore generale dell'azienda sanitaria locale.

Esercita le funzioni di indirizzo degli obiettivi sanitari, socio-sanitari e sociali integrati di livello locale in coerenza con la programmazione aziendale e sulla base del profilo di salute. Emanata gli indirizzi per l'elaborazione del PIS, tenuto conto del profilo di salute e delle risorse a disposizione, e lo approva. Coordina gli strumenti della programmazione operativa di livello zonale. Approva la convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione socio-sanitaria. Esprime l'intesa necessaria per la nomina del responsabile di zona e per quella del coordinatore sociale di zona. Questo organismo di governance svolge una duplice funzione: organizza il governo congiunto dell'ambito zonale nel suo complesso, definisce e governa direttamente il sistema per l'integrazione.

Nel caso di attivazione del consorzio Società della Salute, le funzioni della Conferenza zonale integrata sono esercitate dall'assemblea dei soci del consorzio. Nel caso di attivazione della Convenzione Sociosanitaria, la Conferenza zonale integrata corrisponde all'organo comune della Convenzione stessa. Queste due disposizioni di legge regionale hanno lo scopo di non duplicare i livelli di governance istituzionale degli ambiti zonal, facendo assumere le funzioni della Conferenza dagli organismi collegiali del consorzio SdS o della Convenzione sociosanitaria.

Successivamente le leggi regionali n.28 e n.84 del 2015 hanno prodotto una vastissima azione di riordino dell'intero Servizio Sanitario Regionale, assumendo per la parte sociosanitaria tutto l'impianto normato nel 2014. Oltre alla previsione di tre sole aziende sanitarie locali, per quanto riguarda la parte squisitamente territoriale il riordino del 2015 ha prodotto:

- Un assetto per la governance istituzionale multilivello completo e coerente.
- Un assetto normativo, organizzativo, funzionale e operativo della zona-distretto chiaro e strutturato.
- Un insieme di strumenti di programmazione allineati sia con i livelli della governance istituzionale che con i livelli organizzativi sanitari e sociali.

A questo punto le Società della Salute e le Convenzioni Sociosanitarie fanno quindi parte integrante di un compiuto sistema regionale, sono state normate in modo completo e uniforme definendone i rapporti sia con gli elementi portanti del sistema sanitario che con gli elementi portanti del sistema socioassistenziale.

1.5. Gli assetti delle Società della Salute e delle Convenzioni Sociosanitarie

In attuazione del riordino complessivo del Servizio sanitario e sociosanitario regionale, la L.R. 11/2017 ha ridefinito le perimetrazioni degli ambiti territoriali sanitari e sociali dando vita all'accorpamento di alcune zone sanitarie e alla fusione delle relative società della salute. Gli ambiti zonalì sono passati da 34 a 26 (25 + Isola d'Elba), il processo di accorpamento ha interessato 14 ambiti territoriali:

- SdS Valdera - SdS Alta Valdicecina
- SdS Bassa Valdicecina - SdS Val di Cornia
- SdS Valdarno Inferiore - SdS Empolese
- SdS Colline Metallifere - SdS Grossetana - SdS Amiata Grossetana
- SdS Val di Chiana senese - Zona Amiata Grossetana
- Zona Aretina - Zona Val Tiberina - Zona Casentino.

Nel complesso sono state completate 5 fusioni per incorporazione che hanno interessato 10 società della salute e un ambito zonale, la zona Versilia ha sciolto la società della salute ed è passata alla convenzione sociosanitaria, la zona Fiorentina Sud Est ha costituito una nuova società della salute.

Attualmente le società della salute interessano 16 ambiti zonalì e le convenzioni sociosanitarie interessano 10 ambiti zonalì.

1.5.1 L'assetto attuale delle Società della Salute

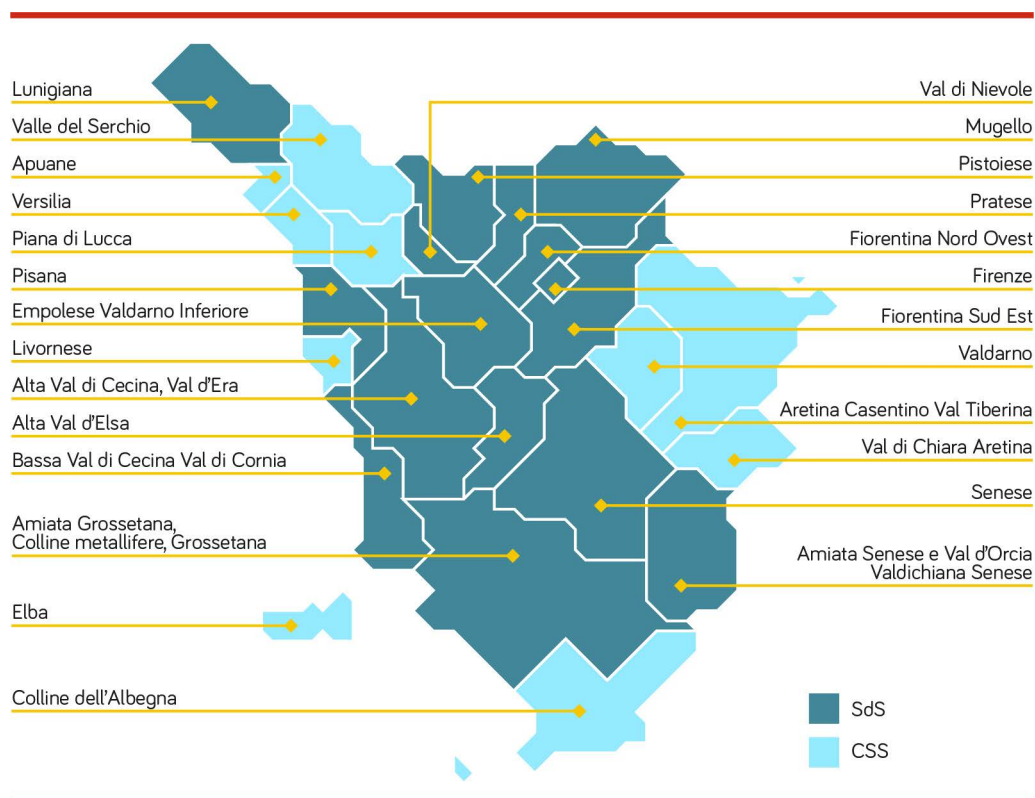
La società della salute è ente di diritto pubblico, costituita in forma di consorzio e dotata di personalità giuridica e di autonomia amministrativa, organizzativa, contabile, gestionale e tecnica, attraverso la quale la Regione attua le proprie strategie di intervento per l'esercizio delle attività territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate.

Si tratta quindi di organizzazioni complesse che esercitano diversi livelli di competenze come la programmazione strategica e attuativa delle materie afferenti alla sanità territoriale, e l'organizzazione e la realizzazione di materie sociosanitarie e socioassistenziali.

LE SOCIETÀ DELLA SALUTE

Fino al 31 dicembre 2020 la realizzazione delle attività poteva essere effettuata attraverso diverse modalità: direttamente da parte della SdS, mediante convenzione con l'azienda sanitaria socia del consorzio, mediante convenzione con uno degli enti locali soci del consorzio.

La legge 11/2017 riduce le possibili modalità alla sola gestione diretta da parte del consorzio SdS; il PSSIR 2018-2020 stabilisce i contenuti, i modi e i tempi per la realizzazione della gestione diretta che viene avviata dal Gennaio 2021. Tutte le SdS hanno aderito a questa condizionalità, compresa la nuova SdS Fiorentina Sud Est, percorso che sarà verosimilmente compiuto entro l'anno in corso per permettere a tutti i consorzi di assorbire le conseguenze dell'epidemia Covid anche sul piano organizzativo.



Rispetto alla situazione precedente al Gennaio 2021, le materie organizzate dalla SdS e le modalità utilizzate in ambito sociosanitario sono così articolate⁴.

Tutte le società della salute organizzano le attività inerenti la non-autosufficienza e la disabilità, 11 SdS organizzano anche alcune attività che si riferiscono a ulteriori materie sociosanitarie.

Assetti gestionali:

- Attività relative alla non-autosufficienza: forma diretta 10, convenzione Asl 5, altra forma 1.
- Attività relative alla disabilità: forma diretta 10, convenzione Asl 5, altra forma 1.
- Ulteriori attività sociosanitarie: forma dir. 8, convenzione Asl 3.

Rispetto alla situazione precedente al Gennaio 2021, le materie organizzate dalla SdS e le modalità utilizzate in ambito socioassistenziale sono così articolate⁵.

15 SdS organizzano le attività inerenti ai settori anziani e disabili; 14 SdS le attività inerenti al settore famiglia e minori; 13 SdS le attività inerenti al settore dell'inclusione; 12 SdS le attività inerenti al settore immigrazione; 9 SdS organizzano anche attività che si riferiscono a ulteriori materie.

Assetti gestionali:

- Attività relative all'area Anziani: forma diretta 10; convenzione Asl 4; convenzione Comune capofila 3; altra forma 1.
- Attività relative all'area Disabili: forma diretta 10; convenzione Asl 4; convenzione Comune capofila 3; altra forma 1.
- Attività relative all'area Famiglia e Minori: forma diretta 10; convenzione Asl 4; convenzione Comune capofila 2; altra forma 1.
- Attività relative all'area Inclusione: forma diretta 10; convenzione Asl 4; convenzione Comune capofila 1; altra forma 1.
- Attività relative all'area Immigrazione: forma diretta 10; convenzione Asl 4; altra forma 1.

⁴ Alcune SdS hanno adottato più forme di gestione per la stessa materia sociosanitaria, per questo il totale di settore delle volte supera il totale delle SdS che organizzano quella stessa materia.

⁵ Alcune SdS hanno adottato più forme di gestione per la stessa materia socioassistenziale, per questo il totale di settore delle volte supera il totale delle SdS che organizzano quella stessa materia.

- Attività relative ad altre aree assistenziali: forma diretta 9; convenzione Asl 3.

Il PSSIR 2018-2020 definisce le materie minime oggetto di gestione diretta da parte dei consorzi SdS a partire dal Gennaio 2021. In ambito sociosanitario sono le attività sociosanitarie e le attività sanitarie a rilevanza sociale di tipo residenziale, semiresidenziale, domiciliare dei settori Anziani e Disabili; nonché le attività amministrative e professionali dei relativi percorsi di accesso, valutazione multidimensionale e progettazione personalizzata. In ambito socioassistenziale è l'intero complesso delle attività di assistenza sociale individuate dal nomenclatore regionale.

1.5.2. L'assetto attuale delle Convenzioni Sociosanitarie

La L.R. 11/2017 ha ridefinito anche la perimetrazione di tre zone dell'aretino i cui ambiti sono stati accorpati: zona Aretina; zona Casentino; zona Val Tiberina. In questi tre ambiti non erano attive SdS, di conseguenza il regime di integrazione sociosanitaria sarà regolato dalla Convenzione Sociosanitaria. La D.G.R. 445/2019 regola l'autonomia funzionale delle articolazioni territoriali presenti nella nuova zona-distretto, a questo scopo disciplina le conferenze di articolazione, il riparto dei finanziamenti e introduce un apposito titolo nella Convenzione Sociosanitaria.

LA CONVENZIONE SOCIO SANITARIA

La zona dell'Amiata Senese è confluita nella SdS attiva nella Val Chiana Senese. La zona Versilia ha stipulato la Convenzione Sociosanitaria subito dopo lo scioglimento della Società della Salute.

Rispetto agli 11 ambiti zionali interessati fino al dicembre 2020, sono state approvate formalmente 8 Convenzioni Sociosanitarie, in 3 casi questo strumento regola anche le materie socioassistenziali. Da gennaio 2021 la zona Fiorentina Sud Est si è costituita in Società della salute, per cui attualmente sono 10 gli ambiti interessati dalle Convenzioni sociosanitarie.

1.6. Gli aspetti organizzativo-professionali in ambito sociale e le unioni civili

Nel corso degli anni anche gli assetti organizzativi professionali sono cambiati seguendo le riforme complessive dei sistemi regionali sociosanitari, contemporaneamente alcuni gruppi di amministrazioni locali hanno dato vita a unioni comunali che esercitano anche le funzioni in materia sociale e quindi riorganizzano le proprie strutture operative in un ambito territoriale più ampio di quello comunale.

1.6.1. Gli assetti e le funzioni organizzativo-professionali

In ambito aziendale la regione Toscana ha sempre segnato un'eccezione e generalmente la sua organizzazione viene considerata come molto avanzata. Il primo riferimento organizzativo-professionale di tipo apicale è stato introdotto con la figura del 'Coordinatore sociale aziendale'. Nel 2005 questa figura si è trasformata in 'Direttore dei servizi sociali' ed è entrata definitivamente a far parte delle direzioni delle aziende sanitarie locali. In origine le funzioni di questa figura erano finalizzate a coadiuvare il direttore generale nella direzione e nel coordinamento delle attività socio-assistenziali a rilievo sanitario e di quelle di assistenza sociale delegate all'asl; in particolare le sue funzioni principali erano: fornire pareri obbligatori, per quanto di propria competenza⁶, sugli atti del direttore generale; assicurare lo svolgimento delle funzioni tecniche e professionali finalizzate alla programmazione aziendale per quanto riguarda l'integrazione socio-sanitaria; prestare assistenza nei rapporti con l'esecutivo della conferenza dei sindaci. Con le modifiche recate dalla L.R. 60/2008 la figura del Direttore dei servizi sociali fu prevista solo per quelle aziende sanitarie in cui non erano state costituite le Società della Salute e fu introdotto un apposito albo regionale per qualificare ulteriormente la scelta toscana.

Con il recente riordino del SSR disciplinato dalle L.R. 28 e 84 del 2015, il Direttore dei servizi sociali è presente in tutte le Asl e acquisisce anche il ruolo di Direttore del Dipartimento del servizio sociale che ricomprende le professioni sociali presenti nell'azienda sanitaria locale. Si tratta di uno dei dipartimenti delle professioni disciplinato dall'articolo 69 quinquies della L.R. 40/2005, ha funzioni di tipo programmatico e funzioni di tipo gestionale allocativo e operativo. I dipartimenti delle professioni, all'interno delle aree organizzative di presidio e delle unità funzionali dei distretti e della prevenzione, organizzano e gestiscono le attività e le risorse assistenziali e umane nel rispetto delle linee guida generali e della programmazione della direzione aziendale. Per garantire questo tipo di organizzazione 'a matrice' di solito il dipartimento si articola attivando una unità funzionale per ogni zona-distretto, ma i funzionamenti reali sono affidati alla regolazione di ciascuna azienda sanitaria.

A livello zonale operano anche il coordinatore sociosanitario e il coordinatore sociale. La prima figura è di radice aziendale, viene individuata dal direttore di zona tra i componenti dell'ufficio di direzione zonale e lo coadiuva nell'esercizio delle funzioni di propria competenza. La seconda figura è di radice comunale, viene individuata dalla Conferenza zonale dei sindaci tra le

⁶ L.R. 40/2005 - Art. 64.2, comma 4.

figure professionali presenti in ambito zonale per lo svolgimento dei compiti inerenti l'attuazione di forme di accesso unitarie ai servizi del sistema integrato, al fine di assicurare: la presa in carico delle persone; la proposta di progetti integrati di intervento; l'erogazione delle prestazioni. Il percorso assistenziale prevede la valutazione professionale del bisogno, definisce il percorso assistenziale personalizzato e ne cura l'attuazione in termini di appropriatezza ed efficacia. Il coordinatore sociale assicura la gestione ed il controllo delle prestazioni erogate in relazione agli obiettivi⁷. Per quanto riguarda la parte operativa, il coordinatore sociale è responsabile dell'attuazione e della verifica delle prestazioni sociali previste negli atti di programmazione zonale; coordina gli interventi previsti nella rete locale dei servizi; fa parte dell'ufficio di direzione di cui all'articolo 64, comma 6, della l.r. 40/2005⁸.

Negli ambiti territoriali in cui è costituita la società della salute, il coordinatore sociale può essere individuato anche tra il personale della stessa o degli enti consorziati⁹. In caso di accordo tra l'azienda sanitaria e le amministrazioni locali, questa disposizione permette di individuare la figura del coordinatore sociale anche nell'ambito delle professionalità sociali presenti nell'azienda sanitaria oltre a quelle comunali. La costruzione degli articoli della L.R. 40/2005 dedicati alla zona-distretto permette inoltre di far coincidere la figura del coordinatore sociosanitario con quella del coordinatore sociale, sempre nel caso di accordo tra azienda ed enti locali.

Di recente anche dal livello statale sono state attivate alcune funzioni attribuite ai cosiddetti 'ambiti territoriali sociali', che nel caso della Toscana coincidono da 24 anni con gli ambiti territoriali sanitari delle zone-distretto. Prima la Legge 33/2017, con i conseguenti provvedimenti attuativi, e successivamente la Legge 26/2019 che disciplina il Reddito di Cittadinanza hanno individuato l'ambito territoriale come la dimensione in cui vengono organizzati i servizi relativi al REI e poi al Reddito di Cittadinanza. A questo scopo le risorse del PON e della 'quota servizi' del Fondo Povertà sono attribuite all'ambito territoriale, così come l'accesso della piattaforma GePi che sostiene i processi amministrativi e professionali. In particolare il decreto legislativo 147/2017 promuove fortemente la costruzione di ambiti territoriali di programmazione coerenti per le politiche sociali, sanitarie e del lavoro; inoltre promuove specifiche forme strumentali per la gestione associata dei servizi sociali a livello di ambito territoriale con eventuale previsione di meccanismi premiali nella distribuzione delle risorse¹⁰. Infine il D.M. 103 del 20 Settembre 2019 inter-

⁷ L.R. 41/2005 – Art. 7, commi 1 e 4.

⁸ L.R. 41/2005 – Art. 37, comma 2.

⁹ L.R. 41/2005 – Art. 37, comma 3.

¹⁰ Dcr .Lgs 147/2017. Art. 23 'Coordinamento dei servizi territoriali e gestione associata dei servizi sociali'.

viene sul Sistema Informativo dell'offerta dei servizi sociali (SIOSS), istituisce l'anagrafe degli ambiti territoriali e affida loro l'onere di mettere a disposizione le informazioni richieste dal sistema informativo nazionale.

1.6.2. L'assetto attuale delle Unioni comunali

La disciplina regionale che regola l'esercizio delle funzioni fondamentali comunali è recata dalla L.R. 68/2011 *'Norme sul sistema delle autonomie locali'* in cui viene previsto anche il coordinamento con le Società della Salute e le Convenzioni Sociosanitarie per quanto riguarda le materie socioassistenziali. Dal punto di vista operativo-professionale l'esercizio associato delle funzioni fondamentali in materia sociale realizzata attraverso le Unioni dei Comuni non è un fattore neutro, perché genera la costituzione delle strutture organizzative delle unioni le cui attività devono poi essere integrate in ambito zonale attraverso le Convenzioni Sociosanitarie o le Società della Salute.

Purtroppo a livello nazionale manca una visione e un programma organico che sia in grado di riorganizzare in modo sistematico ed efficace il sistema delle autonomie. Finora le spinte in questa direzione sono state prodotte soprattutto dalle esigenze di razionalizzazione della spesa pubblica dovute alle ripetute crisi del quadro finanziario statale, a cui si è sommata la pressione dell'opinione pubblica verso una semplificazione dei luoghi di governo amministrativo (intesa più come semplificazione del numero di enti pubblici che come evoluzione dei processi e degli strumenti di organizzazione della pubblica amministrazione). Nel caso dell'esercizio associato delle funzioni fondamentali comunali, i processi di organizzazione degli enti locali sono stati fortemente segnati prima dal superamento del Comunità Montane e poi dai vincoli associativi resi obbligatori per i piccoli comuni, approccio che sembra in via di superamento.

In Toscana attualmente le unioni dei comuni sono 22, ricomprendono il 49% dei comuni toscani e circa il 23% della popolazione regionale. Sono presenti in 16 ambiti zionali su 26: 5 zone dell'area vasta nord-ovest, 5 zone dell'area vasta centro e 6 zone dell'area vasta sud est. In 10 ambiti zionali è presente una sola unione comunale, in 6 ambiti zionali sono presenti due unioni comunali. In due casi tutti i comuni ricompresi in un ambito zonale appartengono anche ad una stessa unione comunale. Le funzioni esercitate in forma associata variano da 4 (due casi) a 13 (un caso), la maggior parte delle unioni esercita da 6 a 8 funzioni (14 unioni su 23).

L'esercizio associato della Funzione 7 *'Progettazione e gestione del sistema locale dei servizi sociali ed erogazione delle relative prestazioni ai cittadini,*

secondo quanto previsto dall'articolo 118, quarto comma, della Costituzione' è stato attivato da 9 unioni su 22 interessando 6 ambiti zionali. In tre ambiti sono presenti due unioni comunali che esercitano anche questa funzione, in altri tre ambiti è presente una sola unione comunale. Queste 9 unioni coinvolgono il 20% circa dei comuni toscani e il 12% circa della popolazione regionale. Rispetto ai sei ambiti zionali interessati, le 9 unioni comunali coinvolgono mediamente il 45% della loro popolazione. Per tre di questi ambiti zionali, la popolazione ricompresa nelle unioni che esercitano anche la 'Funzione 7' oscilla tra il 10% e il 30% circa del totale; per gli altri tre ambiti zionali, la popolazione ricompresa nelle unioni che esercitano anche la 'Funzione 7' oscilla invece tra il 50% e il 70% circa del totale.

Per i comuni appartenenti a queste 9 unioni comunali l'organizzazione dei servizi sociali è dapprima portata a livello di Unione, appunto, e poi è integrata attraverso la Convenzione Sociosanitaria o la Società della Salute. Queste 9 unioni esercitano da un minimo di 5 tra funzioni e attività ad un massimo di 13, quindi rispetto alle attuali regole definite dalla L.R. 68/2011 (art. 90, comma 1, lettera b, come modificato dalla L.R. 49/2019) non sembrerebbero ravvisarsi problemi legati alla concessione dei contributi regionali in materia.

1.7. Considerazioni e auspici

Forse è possibile pensare che il titolo della L.R. 72/1997 *'Organizzazione e promozione di un sistema di diritti di cittadinanza e di pari opportunità: riordino dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari integrati'* si sia rivelato di fatto un programma di lavoro dalla gittata lunghissima, un obiettivo perseguito in varie fasi e con varie intensità nel corso degli anni che non è stato ancora raggiunto del tutto.

In effetti la lunga storia degli assetti istituzionali e organizzativi dei servizi sociali in Toscana è sostanzialmente composta dall'intreccio di due temi principali: il primo tema legato nello specifico alle materie dell'assistenza sociale; il secondo tema legato più in generale all'esercizio delle funzioni fondamentali comunali. Questi due filoni si sono rincorsi per circa venti anni tra incroci, divaricazioni, rilanci, accelerazioni, pause, riordini complessivi inesorabilmente seguiti dalla sospensione di fatto dei medesimi riordini.

In termini generali gli assetti istituzionali, e tutti i relativi processi attuativi, vanno sempre letti tenendo ben presente la verticalizzazione dei poteri prodotta dalla riforma del Titolo V della Costituzione. Soprattutto occorre considerare che il percorso attuativo è restato sostanzialmente inattivo fino al

2009, per poi subire interventi frastagliati, inadeguati e contraddittori, senza arrivare ancora ad un impianto del tutto compiuto, condiviso e duraturo come dimostra l'ultimissima vicenda del cosiddetto regionalismo differenziato.

In termini più pratici e più vicini, in Toscana dal 2014 è ripreso il processo di deframmentazione degli assetti istituzionali e organizzativi dei servizi sociali che persegue nuovamente la costruzione di compiuti sistemi integrati di livello zonale. Negli anni immediatamente precedenti al 2014 la tensione verso questo obiettivo si era allentata e il sistema ha corso il serio rischio di frantumarsi completamente tornando ad una condizione simile a quella degli anni '90. Stava per verificarsi una sorta di *'effetto elastico'*: la condizione generale di crisi economica, civica e politica esplosa dopo il 2008 non ha solo interrotto anche il processo di organizzazione degli ambiti zonal e dei loro sistemi di servizio ma, come un elastico in tensione che viene reciso di colpo, avrebbe potuto fiandare le istituzioni verso un repentino ritorno nel passato. Il rischio sarebbe stato di ritrovarsi all'improvviso in una condizione simile a quella che precedeva le riforme dei sistemi regionali sociali e sanitari realizzate nei primissimi anni 2000. Tuttavia la Toscana, tra gli anni 2013 e 2014, è riuscita a coagulare una capacità istituzionale in grado di contenere le spinte istintive alla frammentazione del sistema, consolidando le soluzioni già praticate e aggiungendone altre innovative. Ovviamente la capacità istituzionale regionale da sola non è sufficiente per porre in essere un nuovo programma di avanzamento dei sistemi zonal, occorrono allo stesso modo le volontà locali ma soprattutto adeguate capacità direzionali, organizzative e professionali. Elementi dati troppo spesso come scontati, mentre nella realtà non lo sono affatto.

Attualmente gli assetti istituzionali e organizzativi sono quelli descritti in breve nei paragrafi 4 e 5, che si basano sulle disposizioni normative regionali successive al 2014 e sugli strumenti di costruzione sistemica descritti nel paragrafo 3. Probabilmente si tratta di una condizione ancora troppo differenziata che segna la positività di una frantumazione evitata, ma che non ha ancora raggiunto un livello operativo compiuto e generalizzato. L'attuale varietà degli assetti organizzativi concretamente sviluppati è dovuta a tre fattori principali:

- A. Il lentissimo processo di formalizzazione della zona-distretto come reale livello di governo e di direzione dei sistemi sanitari e sociali territoriali.
- B. Il carattere di incoerenza, contraddittorietà e occasionalità, che in molte fasi ha contraddistinto la produzione normativa nazionale relativa all'esercizio associato delle funzioni pubbliche da parte degli enti locali e regionali.

- C. La difficoltà nel comporre una visione comune di medio-lungo periodo capace di spingere le evoluzioni dei singoli territori, condizione che ha interessato in tempi e modi diversi praticamente tutti gli ambiti toscani.

Tuttora restano questi i veri campi di evoluzione e di miglioramento dei sistemi territoriali toscani, non si tratta quindi di agire sulla natura degli strumenti tecnici ma sulle politiche e sui processi direzionali effettivamente praticati. Rispetto a questo quadro ormai consolidato, occorre mettere in rilievo almeno altri due fattori che interessano il futuro imminente.

Il primo fattore riguarda la gestione diretta delle SdS. La L.R. 11/2017 ha disposto dei termini per la gestione diretta della Società della Salute e ha affidato al Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di realizzazione. Il PSSIR ha di fatto avviato l'iter che porterà le SdS alla gestione diretta i cui termini temporali sono fissati per l'inizio del 2021. I contenuti minimi della gestione diretta SdS riguardano tutte le materie regolate dal nomenclatore sociale regionale insieme alle materie della non autosufficienza e della disabilità. Ovviamente questo processo in breve tempo influirà fortemente sugli attuali assetti organizzativi dei servizi sociali e sui principali elementi di integrazione sociosanitaria.

Il secondo fattore riguarda una sorta di riforma di fatto dell'assistenza sociale in corso attualmente a livello nazionale. Il Capo IV della Legge 33/2017 *'Delega recante norme relative al contrasto della povertà, al riordino delle prestazioni e al sistema degli interventi e dei servizi sociali'* riporta gran parte degli istituti generali della L. 328/2000 nella prospettiva costituzionale definita dalla successiva riforma del Titolo V della Costituzione del 2001. A questo scopo individua un Organismo di governo o per meglio dire di governance (la Rete per la lotta all'esclusione), disciplina tre Piani nazionali (Sociale, Povertà, Non autosufficienza) che rendono operativi tre Fondi nazionali strutturali riferiti a tre gruppi di LEP nazionali (più precisamente si tratta di due gruppi di LEP e un gruppo di Obiettivi di servizio) finanziati direttamente dal livello nazionale. Questo quadro è stato attivato nel corso del 2019 ed è stato reso completamente operativo nel 2020, i suoi effetti cambieranno in profondità sia le responsabilità amministrative che quelle professionali e organizzative in materia sociale. Ovviamente anche questo processo in breve tempo influirà fortemente sui livelli regionali, riproponendo il valore strategico e di governo degli strumenti e dei percorsi di programmazione per l'attuazione dei LEP e degli Obiettivi di Servizio.

Senza alcun dubbio gli attuali assetti toscani hanno bisogno di percorrere un ulteriore passo evolutivo verso maggiori livelli di omogeneità, semplicità

ed efficacia. Per raggiungere questi obiettivi, però, più che un nuovo strumento normativo a questo punto sembrerebbe necessario un lavoro di campo molto serrato e incisivo, orientato a identificare e perseguire puntualmente gli elementi fondamentali verso cui far convergere gradualmente le organizzazioni dei servizi sociali e i diversi fattori di integrazione. Quello che servirebbe ora è un programma molto concreto di convergenza tra gli assetti esistenti, il passato ha insegnato che in queste fasi occorre operare contemporaneamente in due direzioni complementari:

- Lavorare sulla resistenza interna delle organizzazioni esistenti, una sorta di inerzia conservatrice delle organizzazioni che tendono naturalmente a replicare sé stesse sia a livello amministrativo che a livello operativo. Di solito nelle organizzazioni maggiore è la presenza di professionalità competenti e appassionate, più elevata è la resistenza iniziale al cambiamento. Così come, una volta innescato il cambiamento, altrettanto importanti sono poi i risultati che possono essere raggiunti proprio grazie alla presenza di quelle competenze.
- Produrre una spinta evolutiva e regolatrice molto operativa che sia costante, stabile, coerente, consapevole, matura e con consolidate capacità direzionali indirizzate nel perseguire una visione di medio-lungo periodo. Per far questo occorre che i centri neurali dei sistemi locali e regionali siano capaci di crescere e di acquisire orizzonti più ampi e plurali.

Tuttavia la cosa più importante di cui hanno bisogno ora i sistemi locali è di una immissione di fiducia. Una fiducia lucida, costante, duratura. Immettere nel sistema il livello di fiducia necessario, in questo momento, significa valorizzare e consolidare le capacità operative dei servizi e contemporaneamente alimentarne con serenità le linee evolutive che possono portare a costituire pienamente un sistema di diritti di cittadinanza. Indubbiamente anche in questa fase il sistema toscano saprà trovare al suo interno le risorse e le spinte per proseguire nella sua evoluzione e rafforzare ulteriormente i già alti livelli di organizzazione e di assistenza, come sempre è successo in passato. A differenza del passato, però, la definizione dell'impianto nazionale che riguarda molti LEP (che comporta anche l'avvio dei processi per la determinazione dei rispettivi contenuti assistenziali) porta lo sviluppo istituzionale e organizzativo dei sistemi territoriali dei servizi a confrontarsi direttamente con i Diritti di cittadinanza sociale insiti nei Livelli Essenziali delle Prestazioni e, aspetto affatto secondario, con le loro effettive condizioni di esigibilità. Una grande sfida per il futuro che va compresa, socializzata, organizzata e resa realmente operativa.

Appendice

I principali passaggi normativi nelle materie dell'assistenza sociale e dell'esercizio delle funzioni fondamentali comunali

ASSISTENZA SOCIALE

Livello Regionale. La L.R. 72/1997 *'Organizzazione e promozione di un sistema di diritti di cittadinanza e di pari opportunità: riordino dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari integrati'* ha segnato la riforma originaria, il passaggio che ha mutato totalmente l'organizzazione toscana. Dopo il 1997 il primo passaggio importante è avvenuto nel 2005 con le approvazioni contestuali della legge regionale 40 sul sistema della sanità e della legge regionale 41 sul sistema del sociale. Nel 2008 sono state introdotte le norme costitutive delle Società della Salute e sono stati prodotti i primi Piani Integrati di Salute. Nel 2014 è stato realizzato il riordino del sistema sociosanitario regionale, con la conferma delle Società della Salute e l'introduzione delle Convenzioni Sociosanitarie, nel 2015 è stato varato il riordino complessivo del sistema sanitario regionale.

Livello Statale. Dopo la Legge 328/2000, che era stata concepita dallo stesso gruppo tecnico chiamato a redigere il D.Lgs 229/1999 (un atto considerato a suo tempo come la seconda riforma sanitaria nazionale), sostanzialmente si è fermato tutto fino ai decreti legislativi del federalismo fiscale. Di fatto la L.328 fu resa cedevole dalla riforma costituzione del 2001 e quindi le singole normative regionali sono diventate di fatto i veri riferimenti per l'organizzazione dei servizi sociali. Nel 2009 la Legge 42/2009 *'Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione'*, con i suoi successivi decreti attuativi, ha ripreso e disciplinato una prospettiva costituzionalmente orientata che per la funzione fondamentale del sociale è basata su: LEP, costi standard, obiettivi di servizio, entrate proprie degli enti locali, fondi di perequazione. Processi ancora una volta rimasti inattuati fino alla Legge 33/2017 *'Delega recante norme relative al contrasto della povertà, al riordino delle prestazioni e al sistema degli interventi e dei servizi sociali'* che riporta gran parte degli istituti della L. 328/2000 nella prospettiva costituzionale definita dalla riforma del Titolo V della Costituzione del 2001: individua un organismo di governo, o per meglio di governance (la Rete per la lotta all'esclusione), disciplina tre Piani nazionali (Sociale, Povertà, Non autosufficienza) che rendono operativi tre Fondi nazionali strutturali riferiti a tre gruppi di LEP nazionali (due gruppi di LEP e un gruppo di Obiettivi di servizio) che vengono finanziati attraverso i fondi appositi.

FUNZIONI FONDAMENTALI COMUNALI

Livello Regionale. Per quanto riguarda in generale le funzioni fondamentali delle amministrazioni comunali, in ambito regionale i passaggi più rilevanti sono legati prima alla L.R. 40/2001 *‘Disposizioni in materia di riordino territoriale e di incentivazione delle forme associative di comuni’*, che aveva lo scopo di superare l’impasse registrata fino ad allora dai processi di associazionismo comunale e dovuta al precedente vincolo di fusione; e poi dalla L.R. 68/2011 *‘Norme sul sistema delle autonomie locali’* che regola attualmente la materia e istituisce le sedi di confronto istituzionale, la cooperazione finanziaria, l’esercizio associato delle funzioni, il riordino degli enti, le politiche per i territori (recentemente modificata con L.R. 49/2019).

Livello Statale. Nel periodo che intercorre tra le due normative regionali del 2001 e del 2011, a livello nazionale si è consumata una delle vicende più intricate, confuse e contraddittorie dell’organizzazione pubblica. Tutta la regolazione delle materie che riguardano l’esercizio delle funzioni fondamentali è stata riassunta dal livello statale in ragione della razionalizzazione della spesa pubblica, di conseguenza l’organizzazione dell’intero assetto verticale dei poteri previsto dalla riforma del Titolo V della Costituzione è stato frantumato nelle mille norme recate dalle leggi statali di bilancio. Ne è scaturito un complesso quasi inestricabile di norme spezzettate, incoerenti ma soprattutto instabili, che non ha niente a che vedere il programma organico di riforma e di evoluzione di cui avrebbe estremo bisogno il sistema pubblico. Su questo terreno così frammentato è poi andata ad operare la Legge 56/2014 *‘Disposizioni sulle città metropolitane, sulle province, sulle unioni e fusioni di comuni’* che per il momento ha tentato un primo riordino della materia operando fuori dalle strette normative per il bilancio statale.



SEZIONE II

LA RISPOSTA DEL SISTEMA DEI SERVIZI SOCIALI ALL'EMERGENZA CORONAVIRUS

2. I SERVIZI SOCIALI TERRITORIALI NEL CORSO DEL PRIMO LOCKDOWN

IL LIVELLO ZONALE

Il questionario: nota metodologica

L'Osservatorio Sociale Regionale (in collaborazione con ANCI e Istituto degli Innocenti) ha condotto nel periodo giugno-agosto 2020 una indagine presso le 26 Zone Distretto toscane (i cui servizi socio-assistenziali sono gestiti attraverso la Società della Salute o apposita convenzione sociosanitaria) e 6 Unioni di Comuni, con l'obiettivo di valutare l'impatto della prima ondata Covid-19 sull'organizzazione e sulla gestione dei servizi sociali territoriali gestiti a livello di ambito, in particolare nel corso della prima fase di lockdown (11 marzo - 3 maggio 2020).

La rilevazione è avvenuta attraverso la somministrazione di un questionario indirizzato ai direttori delle Società della Salute (o della Zona socio sanitaria, ove non costituita) e ai servizi sociali delle Unioni dei Comuni.

Come illustrato nel capitolo precedente, la Toscana è suddivisa in 26 Zone socio sanitarie, di cui 16 organizzate nella Società della Salute¹; in alcune di esse, per ricavare un dato maggiormente dettagliato, è stato valutato opportuno coinvolgere nella rilevazione anche i referenti di Unioni di Comuni che gestiscono servizi associati. Nel dettaglio, si tratta dell'Unione dei Comuni

¹ La costituzione della SdS Fiorentina Sud Est è avvenuta il 15 gennaio 2021; al momento della rilevazione la Zona Distretto gestiva i Servizi attraverso convenzione socio sanitaria. Nel questionario abbiamo coinvolto il Direttore di Zona e i servizi sociali delle due Unioni di Comuni (vedi tabella 2bis).

dell'appennino pistoiese, nella Zona Distretto Pistoiese, e dell'Unione dei Comuni della Valdera nell'Alta Val di Cecina-Valdera. Per questo motivo, è possibile che alcune risposte relative alle zone gestite attraverso la Società della Salute siano 17 e non 15.

TABELLA 2.1 - CAMPIONE DI INDAGINE IN ZONE DISTRETTO CON SOCIETÀ DELLA SALUTE

SDS	UNIONI DI COMUNI
SDS Alta Val d' Elsa	
SDS Alta Val di Cecina-Valdera	Unione Comuni Valdera
SDS "COESO - SDS Grosseto"	
SDS Amiata Senese e Val d' Orcia-Valdichiana	
SDS "Valli etrusche"	
SDS Empolese-Valdarno Inferiore	
SDS Fiorentina Nord-Ovest	
SDS Firenze	
SDS Lunigiana	
SDS Mugello	
SDS Pisana	
SDS Pistoiese	Unione comuni montani appennino pistoiese
SDS Pratese	
SDS Senese	
SDS Val di Nievole	
Totale SDS 15	Totale Unioni di Comuni 2
Totale enti coinvolti nella rilevazione	17

In maniera analoga, nelle Zone Distretto che gestiscono i Servizi attraverso la convenzione sociosanitaria sono stati coinvolti Unioni di Comuni di significativa ampiezza: nella Zona Fiorentina Sud Est: le Unioni dei Comuni del Valdarno e Valdisevie e dei Comuni del Chianti; nella Zona Aretina-Casentino-Valtiberina: le Unioni dei Comuni Montani del Casentino e dei Comuni della Valtiberina. Il totale fa quindi salire a 15 gli Enti che hanno risposto per le Zone Distretto dove non è stata costituita la SDS, e 32 quello complessivo dei soggetti coinvolti.

TABELLA 2.1 BIS - CAMPIONE DI INDAGINE IN ZONE DISTRETTO CON CONVENZIONE SOCIO-SANITARIA

ZONE CON CONVENZIONE SOCIO-SANITARIA	UNIONI DI COMUNI
Zona Distretto Apuane	
Zona Distretto Aretina - Casentino - Valtiberina	Unione dei Comuni Montani del Casentino Unione dei Comuni della Valtiberina
Zona Distretto Colline dell'Albegna	
Zona Distretto Elba	
Zona distretto Fiorentina Sud-Est	Unione dei Comuni del Valdarno e della Valdisevie Unione dei Comuni del Chianti
Zona Distretto Livornese	
Zona Distretto Piana di Lucca	
Zona Distretto Val di Chiana Aretina	
Zona Distretto Valdarno	
Zona Distretto Valle del serchio	
Zona Distretto Versilia	
Totale zone 11	Totale Unioni di Comuni 4
Totale enti coinvolti nella rilevazione	15
Totale enti coinvolti nella rilevazione SDS + Zone	32

L'analisi dei dati è stata pertanto modulata su un diverso quoziente di rispondenti a seconda delle situazioni: 32 (quando è stato valutato opportuno avvalersi di un maggiore dettaglio a livello territoriale), oppure a livello dei 26 ambiti territoriali, oppure rimodulato su valori intermedi aggiungendo solo alcune Unioni di Comuni le cui informazioni hanno rivestito una importanza significativa nella domanda analizzata (ad esempio quando sono state rilevate difformità nelle risposte di più enti all'interno della stessa Zona Distretto), anche in considerazione del fatto che alcune Unioni dei Comuni non hanno la delega in determinati settori di intervento e quindi non hanno risposto alla totalità delle domande.

La rilevazione è stata strutturata in quattro parti: la sezione 1 (rete e governance) ha indagato il coordinamento a livello di ambito e gli attori sociali coinvolti; la sezione 2 (gestione del personale del servizio sociale professionale) le modalità di organizzazione degli uffici; la sezione 3 (servizi erogati e modalità) i livelli quantitativi di fornitura delle prestazioni; la sezione 4: (risorse impiegate nel contrasto all'emergenza sanitaria) il dettaglio dei fondi utilizzati.

L'obiettivo di fondo è stato quello di provare a ricostruire l'impatto complessivo delle restrizioni mirate al contenimento della pandemia nell'organizzazione dei Servizi Sociali e nell'erogazione di alcune prestazioni, provando ad evidenziare l'eventuale emergere del peso di alcune variabili, a partire dalla modalità di organizzazione degli Ambiti Territoriali.

IL QUADRO COMPLESSIVO DELL'IMPATTO DELLA PANDEMIA SULL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

Il questionario è risultato dalla sintesi dei contributi pervenuti dai referenti dei diversi rapporti tematici dell'Osservatorio Sociale Regionale (povertà, violenza di genere, Terzo Settore, disabilità, condizione abitativa) e si conforma alla Circolare Ministeriale n. 1/2020 del 27/03/ 2020 "Sistema dei Servizi Sociali – Emergenza Coronavirus", con l'obiettivo di descrivere e quantificare le modalità attraverso le quali il Sistema dei Servizi Sociali ha continuato a garantire i servizi in ottemperanza alle direttive del Governo (e a garanzia dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali di cui all'articolo 22 della legge n. 328/2000) e a mantenere la massima coesione sociale di fronte alla sfida dell'emergenza.

Tra le diverse dimensioni analizzate, la rilevazione ha cercato di evidenziare eventuali differenze nelle modalità di erogazione delle prestazioni da parte di Zone Distretto che operano in regime di convenzione socio sanitaria (indicate nelle tabelle sinteticamente come "Zona Distretto" o "ZD") e quelle costituite in forma di Società della Salute (indicate come "SDS").

2.1. Rete e governance

Ruolo governo/regione

Abbiamo chiesto quali sono stati i problemi riscontrati nell'applicazione della normativa nazionale e regionale che ha introdotto importanti restrizioni ad alcuni servizi e, in alcuni casi, una gestione centralizzata dell'emergenza con l'obiettivo di contenere la pandemia; le risposte (a scelta multipla) hanno visto prevalere tra le difficoltà riscontrate quella dell'adeguamento dei servizi erogati, anche a causa della proliferazione delle norme da applicare, molto spesso, in tempi molto rapidi.

Viceversa, tra i vantaggi, quello di poter fare riferimento a linee di indirizzo condivise e, in subordine, alla possibilità di sperimentare soluzioni e modalità lavorative innovative.

TABELLA 2.2 – PROBLEMI RISCOINTRATI NELL'APPLICAZIONE DELLA NORMATIVA NAZIONALE E REGIONALE

SDS/ ZONA DISTRETTO	ADEGUARE I SERVIZI ALLA NORMATIVA	PROLIFERAZIONE DELLE NORME	AGIRE CON TEMPESTIVITÀ	CARENZA MATERIALE, TECNOLOGIE PER LAVORARE A DISTANZA E STRUTTURE PER MESSA IN SICUREZZA UFFICI
SDS	16	9	3	4
Zona Distretto	13	2	3	2
Totale	29	11	6	6
Totale (% su 29 risp.)	100,0%	37,9%	20,7%	20,7%

TABELLA 2.3 – VANTAGGI RISCOINTRATI NELL'APPLICAZIONE DELLA NORMATIVA NAZIONALE E REGIONALE

SDS/ ZONA DISTRETTO	LINEE DI INDIRIZZO	TEMPESTIVITÀ DELLE SOLUZIONI	MODALITÀ DI LAVORO CONDIVISE TRA ENTI E RUOLO RT	SOLUZIONI INNOVATIVE E RISORSE AGGIUNTIVE, CHE HANNO GARANTITO MAGGIORE SICUREZZA
SDS	13	3	5	5
Zona Distretto	11	2	3	4
Totale	24	5	8	9
Totale (% su 29 risp.)	82,8%	17,2%	27,6%	31,0%

Riguardo le aree assistenziali e i servizi erogati che hanno maggiormente subito gli effetti delle restrizioni, i servizi sociali del territorio hanno trovato una prevalente convergenza sull'area disabili e anziani – anche a causa della chiusura delle strutture semi-residenziali – e sull'interruzione dei servizi alla persona (anche in questo caso la risposta era a scelta multipla). L'area “disabilità” (in 3 zone segnalata come accorpata a quella degli anziani/non autosufficienti) è stata indicata come quella che ha maggiormente sofferto le restrizioni imposte dalla legislazione nazionale e regionale, seguita da quella “minori e famiglie”.

TABELLA 2.4 - AREE ASSISTENZIALI CHE HANNO MAGGIORMENTE SOFFERTO DELLE RESTRIZIONI

AREE ASSISTENZIALI	NUMERO RISPOSTE
Adulti e marginalità	7
Disabilità e anziani	22
Emergenze sociali	1
Minori e famiglie	17
Salute mentale	2

TABELLA 2.5 - SERVIZI EROGATI CHE HANNO MAGGIORMENTE RISENTITO DELLE RESTRIZIONI

SERVIZI EROGATI	NUMERO RISPOSTE
Educativa domiciliare	1
Prestazioni ambulatoriali	1
Segretariato sociale	2
Servizi domiciliari	3
Servizi residenziali e semi residenziali	6
Servizi socio educativi	2
Servizi socio sanitari	3

TABELLA 2.6 - MOTIVI PER CUI AREE ASSISTENZIALI/SERVIZI EROGATI HANNO RISENTITO DELLE RESTRIZIONI

MOTIVI	N. RISPOSTE
Chiusura scuole	2
Chiusura semiresidenziali e problematiche residenziali	26
Chiusura semiresidenziali e problematiche residenziali + interruzione/limitazione servizi alla persona	5
Insufficiente sostegno economico	7
Interruzione/limitazione servizi alla persona	29
Isolamento sociale e affettivo	6
Problemi organizzativi (assenza protocolli e DPI - Carenza personale)	4
Non risponde	6

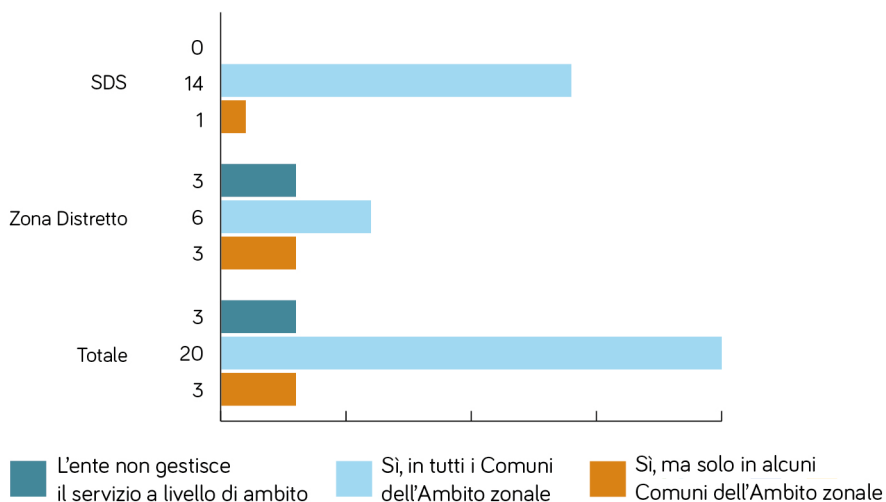
Livello di governance

Una domanda fondamentale per ricostruire il livello di *governance* è stata quella relativa al coordinamento degli interventi per fronteggiare l'emergenza sanitaria sul piano sociale. Laddove i servizi socio sanitari della zona distretto sono organizzati in forma di SDS, con una sola eccezione (SDS Pistoiese) le attività svolte sono state coordinate per tutti i comuni di ambito. Nelle Zone Distretto dove è operante la convenzione socio sanitaria, la condivisione a livello di ambito per tutti i Comuni c'è stata solo nella metà dei casi, mentre nel 25% è avvenuto solo coinvolgendo un numero inferiore di amministrazioni.

TABELLA 2.7 - SERVIZI SOCIALI DI AMBITO HANNO COORDINATO LE ATTIVITÀ SVOLTE PER FRONTEGGIARE L'EMERGENZA SANITARIA SUL PIANO SOCIALE?

	SDS	ZONA DISTRETTO	TOTALE
L'ente non gestisce il servizio a livello di ambito	0	3	3
Sì, in tutti i Comuni dell'Ambito zonale	14	6	20
Sì, ma solo in alcuni Comuni dell'Ambito zonale	1	3	4
Totale	15	12	27

FIGURA 2.8 - I SERVIZI SOCIALI DI AMBITO HANNO COORDINATO LE ATTIVITÀ SVOLTE PER FRONTEGGIARE L'EMERGENZA SANITARIA SUL PIANO SOCIALE?



Complessivamente, in 20 zone su 26 i servizi sociali zonali hanno coordinato le attività svolte in tutti i comuni del territorio, 16 per tutti i servizi e 4 solo per alcuni; 3 zone hanno evidenziato una gestione condivisa dei servizi solo in alcuni comuni, e 3 zone non gestiscono i servizi a livello di ambito (da notare che l'Unione dei Comuni Montani del Casentino ha gestito alcuni servizi a livello sovracomunale, ma non per tutti gli enti dell'ambito casentinese poiché alcuni Comuni non fanno parte dell'Unione).

TABELLA 2.9 - LIVELLO DI COORDINAMENTO SDS/ZD DELLE ATTIVITÀ SVOLTE PER FRONTEGGIARE L'EMERGENZA SANITARIA SUL PIANO SOCIALE SUDDIVISO PER NUMERO DI COMUNI E PER QUANTITÀ DI SERVIZI PER I QUALI È AVVENUTO IL COORDINAMENTO

Tutti i Comuni/Tutti i servizi	SDS Fiorentina Nord-Ovest
	SDS Firenze
	SDS Lunigiana
	SDS Pisana
	Zona Distretto Colline dell'Albegna
	Zona Distretto Livornese
	SDS Empolese-Valdarno Inferiore
	SDS "COESO - SDS Grosseto"
	SDS Alta Val d'Elsa
	SDS Alta Val di Cecina-Valdera
	SDS Amiata Senese e Val d'Orcia-Valdichiana
	Zona Distretto Elba
	Zona Distretto Piana di Lucca
Tutti i Comuni/Alcuni servizi	SDS Valli etrusche (servizi socio sanitari e servizi socio assistenziali)
	SDS Mugello (servizi socio sanitari e servizi socio assistenziali)
	SDS Val di Nievole (servizi socio sanitari e servizi socio assistenziali)
	Zona distretto Fiorentina Sud-Est (buoni spesa; i servizi socio sanitari e servizi socio assistenziali sono stati gestiti a livello di Unioni dei Comuni - del Chianti e Valdarno e Valdisieve - e dei singoli comuni)
Alcuni Comuni/Tutti i servizi	SDS Pistoiese (e Unione comuni montani appennino pistoiese)
	Zona Distretto Valle del Serchio
Non gestiscono i servizi a livello di ambito	Zona Distretto Apuane
	Zona distretto Val di Chiana aretina
	Zona Distretto Aretina-Casentino-Valtiberina (l'Unione dei Comuni Montani del Casentino ha gestito dei servizi solo in alcuni comuni)

2.1.1. LE PRINCIPALI RISPOSTE IN URGENZA ATTIVATE

Una delle principali risposte in urgenza attivate è stata relativa all'emergenza alimentare, anche per limitare l'afflusso delle persone (in particolare le più fragili) all'interno di botteghe e soprattutto supermercati. 25 enti su 32 hanno dichiarato di aver gestito attività per la somministrazione di cibi e bevande o erogazione di buoni alimentari, di cui 13 in forma associata, 10 sia in forma singola che associata, e 2 in forma singola.

TABELLA 2.10 - ZONE DISTRETTO/SDS CHE HANNO ATTIVATO RISPOSTE PER LA GESTIONE DELL'EMERGENZA, E DETTAGLIO PER EMERGENZA ALIMENTARE, PER FORMA SINGOLA/ASSOCIATA

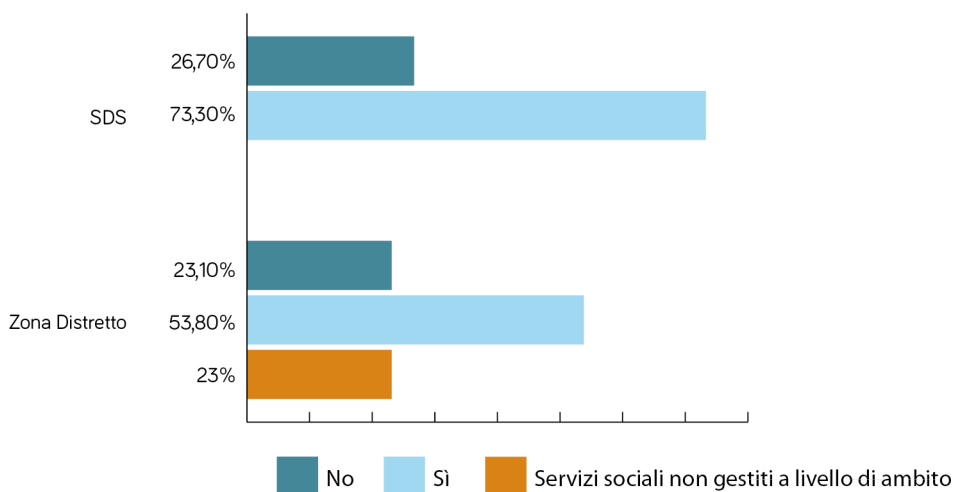
SDS / ZONA DISTRETTO	SDS	ZONA DISTRETTO	TOTALE
Mancate risposte	-	3	3
In forma singola	2	2	4
<i>Di cui per attività legate all'emergenza alimentare</i>	1	1	2
In forma associata	9	6	15
<i>Di cui per attività legate all'emergenza alimentare</i>	8	5	13
Sia in forma singola che associata	6	4	10
<i>Di cui per attività legate all'emergenza alimentare</i>	6	4	10
Totale	17	15	32

2.1.2. LA GESTIONE DELL'ISTRUTTORIA RELATIVA AI BUONI SPESA

Uno dei nostri approfondimenti ha riguardato la gestione dell'istruttoria relativa ai buoni spesa (ordinanza della Protezione Civile n. 658 del 29/3/2020), e la sua eventuale condivisione a livello di ambito. L'organizzazione della zona in forma di SDS ha evidenziato una fisiologica ma significativa prevalenza nella gestione condivisa, anche se va evidenziato che in 4 territori organizzati in Società della Salute tali istruttorie non sono state condivise a livello di ambito, ma le amministrazioni comunali le hanno gestite in autonomia.

Da sottolineare che tra i 18 enti che hanno condiviso la gestione dell'istruttoria relativa ai buoni spesa a livello zonale, in 11 casi il Servizio Sociale Professionale è stato coinvolto nell'intera procedura e che, comunque ha svolto un ruolo determinante anche negli altri casi: in 16 di tali enti il Servizio Sociale Professionale ha provveduto ad individuare i beneficiari, in 15 casi è stato coinvolto nella verifica dei requisiti e in 14 nell'erogazione dei buoni spesa, confermandosi snodo cruciale nel raccordo tra Istituzioni e cittadini.

FIGURA 2.11 – LA GESTIONE DELL'ISTRUTTORIA RELATIVA AI BUONI SPESA È STATA CONDIVISA A LIVELLO DI AMBITO?



2.1.3. ADOZIONE DI MODALITÀ DI COORDINAMENTO A LIVELLO ZONALE NELLA GESTIONE EMERGENZIALE

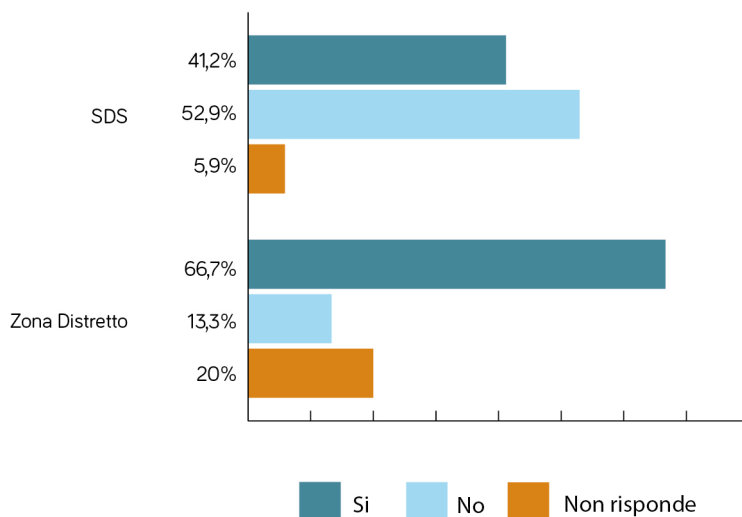
La domanda ha indagato se, nel corso dell'emergenza, siano state adottate modalità di coordinamento ulteriori a livello zonale rispetto a quelle normalmente in uso. 17 rispondenti su 32 (53% del totale) hanno dato risposta affermativa (e tale percentuale arriva quasi al 70% nelle zone dove non è costituita la SDS): ciò sembra indicare una pronta capacità di risposta per aggiornare alle circostanze la modalità di gestione, specie attraverso una marcata flessibilità del Servizio Sociale Professionale (70,6%). Si evidenzia che 8 zone hanno rilevato la necessità di uno strumento quale la cabina di regia zonale (anche per relazionarsi con i vari Centri Operativi Comunali [COC] in grado di coordinare gli interventi e di condividere le strategie).

TABELLA 2.12 - PER LA GESTIONE EMERGENZIALE SONO STATE ADOTTATE A LIVELLO ZONALE MODALITÀ DI COORDINAMENTO DELLE AZIONI DEI SINGOLI COMUNI ULTERIORI RISPETTO A QUELLE NORMALMENTE IN USO?

	SÌ	NO	NON RISPONDE	TOTALE
SDS	7	9	1	17
Zona Distretto	10	2	3	15
Totale	17	11	4	32
% su 32 rispondenti	53,1%	34,4%	12,5%	100%
di cui	41% SDS, 67% ZD	53% SDS, 13 ZD	6% SDS, 20% ZD	100%

	7.1. SE SÌ, ATTRAVERSO	% SU 17 RISPONDENTI
Regolamenti condivisi	3	17,6%
Modalità organizzative del servizio sociale territoriale	12	70,6%
Coordinamento delle reti territoriali	10	58,8%
Cabina di regia zonale	8	47,1%

FIGURA 2.13 - PER LA GESTIONE EMERGENZIALE SONO STATE ADOTTATE A LIVELLO ZONALE MODALITÀ DI COORDINAMENTO DELLE AZIONI DEI SINGOLI COMUNI ULTERIORI RISPETTO A QUELLE NORMALMENTE IN USO? VAL. % PER MODALITÀ DI GESTIONE



2.14. INTEGRAZIONE CON GLI ALTRI ENTI/ISTITUZIONI/ASSOCIAZIONI

Nonostante l'organizzazione in forma di SDS garantisca per sua natura una modalità di coordinamento immediata tra i Comuni dell'Ambito, va sottolineato che anche le altre Zone Distretto hanno mostrato una significativa capacità di coordinamento, sia con la ASL che con gli altri comuni, con la sanità ospedaliera, le Forze dell'Ordine, e soprattutto con il Terzo settore (con cui il 100% ha dichiarato di avere avuto integrazione immediata da subito).

TABELLA 2.14- C'È STATA INTEGRAZIONE CON GLI ALTRI ENTI/ISTITUZIONI/ASSOCIAZIONI PER ATTIVARE MISURE E RISPOSTE INTEGRATE?

		SDS	ZONA DISTRETTO	TOTALE
Comuni parte della gestione associata	nessuna	0	1	1
	Si, integrazione immediata, fin da subito	13	10	23
	Si, ma è stata faticosa e lenta	1	1	2
	Totale	14	12	26

		SDS	ZONA DISTRETTO	TOTALE
Altri Comuni dell'ambito zonale	nessuna	1	2	3
	Si, integrazione immediata, fin da subito	7	2	9
	Si, ma è stata faticosa e lenta	0	3	3
	Totale	8	7	15

		SDS	ZONA DISTRETTO	TOTALE
ASL	nessuna	0	0	0
	Si, integrazione immediata, fin da subito	15	9	24
	Si, ma è stata faticosa e lenta	0	1	1
	Totale	15	10	25

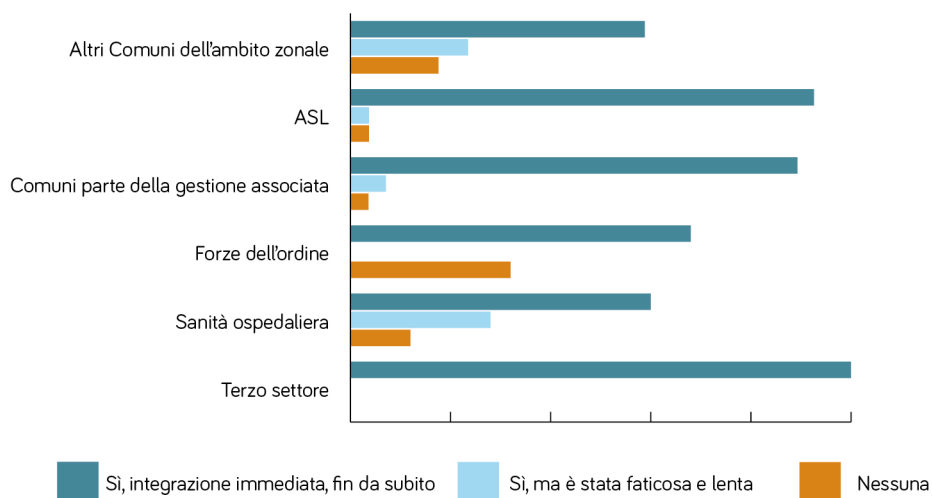
		SDS	ZONA DISTRETTO	TOTALE
Sanità ospedaliera	nessuna	0	3	3
	Si, integrazione immediata, fin da subito	10	5	15
	Si, ma è stata faticosa e lenta	4	2	6
	Totale	14	10	24

		SDS	ZONA DISTRETTO	TOTALE
Forze dell'ordine	nessuna	5	3	8
	Sì, integrazione immediata, fin da subito	9	7	16
	Sì, ma è stata faticosa e lenta	0	0	0
	Totale	14	10	24

		SDS	ZONA DISTRETTO	TOTALE
Terzo settore	nessuna	0	0	0
	Sì, integrazione immediata, fin da subito	14	12	26
	Sì, ma è stata faticosa e lenta	0	0	0
	Totale	14	12	26

TABELLA 2.15 - C'È STATA INTEGRAZIONE CON GLI ALTRI ENTI/ISTITUZIONI/ASSOCIAZIONI PER ATTIVARE MISURE E RISPOSTE INTEGRATE? (TOTALE SDS + ZD)

	SÌ, INTEGRAZIONE IMMEDIATA FIN DA SUBITO	SÌ, MA È STATA FATIGOSA E LENTA	NESSUNA
Altri Comuni dell'ambito zonale	58,8%	23,5%	17,6%
ASL	92,6%	3,7%	3,7%
Comuni parte della gestione associata	89,3%	7,1%	3,6%
Forze dell'ordine	68,0%		32,0%
Sanità ospedaliera	60,0%	28,0%	12,0%
Terzo settore	100%		

FIGURA 2.16 - C'È STATA INTEGRAZIONE CON GLI ALTRI ENTI/ISTITUZIONI/ASSOCIAZIONI PER ATTIVARE MISURE E RISPOSTE INTEGRATE? (TOTALE SDS + ZD)


2.15. ADEGUAMENTO DELLE CONVENZIONI/CONTRATTI CON I GESTORI DEI SERVIZI RESIDENZIALI E SEMI-RESIDENZIALI

Le SDS hanno utilizzato con maggiore frequenza la possibilità di aggiornare le convenzioni e/o i contratti con i gestori dei servizi residenziali e semi-residenziali rispetto alle Zone-distretto (76% contro 66,7%, considerando le 3 zone che non gestiscono a livello di ambito), entrambe prevalentemente attraverso la revisione/integrazione dei contratti in essere e la rimodulazione delle attività.

TABELLA 2.17 - ALLA LUCE DELLA NORMATIVA (V. DECRETO RILANCIO, SERVIZI DELLE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI, ART. 109, MODIFICA DELL'ART. 48 DECRETO-LEGGE 17 MARZO 2020, N. 18, CONVERTITO, CON MODIFICAZIONI, DALLA LEGGE 24 APRILE 2020, N. 27 "PRESTAZIONI INDIVIDUALI DOMICILIARI", SONO STATI ADEGUATI I CONTRATTI E LE CONVENZIONI CON I GESTORI DEI SERVIZI RESIDENZIALI E SEMI-RESIDENZIALI?)

	SDS	ZONA DISTRETTO	TOT. RISULTATO
L'ente non gestisce il servizio a livello di ambito		3	3
No	4	4	8
Si	13	8	21
Totale	17	15	32

TABELLA 2.18 – MODALITÀ DI INTEGRAZIONE DI CONTRATTI E CONVENZIONI

	SDS	ZONA DISTRETTO	TOTALE	% SU 21 ENTI RISP.
Coprogettazione	3	1	4	19,0%
Revisione/Integrazione contratti in essere	4	3	7	33,3%
Rimodulazione attività	3	3	6	28,6%
Stipula nuovi contratti e rimodulazione attività	2		2	9,5%
Non risponde	1	1	2	9,5%

2.1.6. IL COINVOLGIMENTO DEI PRIVATI E DEL TERZO SETTORE

Il ricorso al coinvolgimento dei privati e del Terzo Settore nella gestione dell'emergenza è stato prevalente nelle Zone Distretto i cui Servizi non sono gestiti attraverso la SDS (75% vs 47%). Naturalmente la variabile principale di questo processo è quella delle caratteristiche della sua presenza (e l'importanza in termini di servizi erogati anche nella gestione ordinaria) nei diversi territori, a prescindere dal modo in cui sono organizzati i Servizi.

TABELLA 2.19 – COINVOLGIMENTO DEI PRIVATI E DEL TERZO SETTORE NELLA GESTIONE DELL'EMERGENZA

	SDS	ZONE DISTRETTO
No	9	3
Sì	8	9
Rispondenti	17	12
% Sì	47%	75%

TABELLA 2.20 – COINVOLGIMENTO DEI PRIVATI E DEL TERZO SETTORE NELLA GESTIONE DELL'EMERGENZA – DETTAGLIO ATTIVITÀ

	AZIENDE	CITTADINI	STRUTTURE SOCIO SANITARIE	TERZO SETTORE/ FONDAZIONI	TOTALE RISULTATO
Aiuto economico	2	4		1	7
Buoni spesa e/o Spesa a Domicilio	1	1		4	6
Consegna pasti, pacchi alimentari e/o dispositivi di protezione individuale	2			1	3
Contatto con utenza - erogazione servizi			1	4	5
Servizi di assistenza			3	4	7
strutture per alberghi sanitari		1	1		2
strutture per magazzino				1	1
Vigilanza e sanificazione			1		1

TABELLA 2.21 – COINVOLGIMENTO DEI PRIVATI E DEL TERZO SETTORE NELLA GESTIONE DELL'EMERGENZA – DETTAGLIO ZONALE

SDS		ZONA DISTRETTO	
Unione Valdera	No	Zona Distretto Apuane	Sì
SDS Alta Val di Cecina-Val d'era	Sì	Zona Distretto Aretina	Sì
SDS Alta Val d'Elsa	No	Unione Comuni Montani Casentino	Sì
SDS "COESO - SDS Grosseto"	No	Unione Montana dei Comuni della Valtiberina	No
SDS Amiata Senese e Val d'Orcia-Valdichi	Sì	Zona Distretto Colline dell'Albegna	No
SDS "Valli etrusche"	No	Zona Distretto Elba	Sì
SDS Empolese-Valdarno Inferiore	Sì	Unione Comuni del Chianti	Sì
SDS Fiorentina Nord-Ovest	No	Zona distretto Fiorentina Sud-Est	Sì
SDS Firenze	Sì	Unione Comuni Valdarno e Valdisieve	Sì
SDS Lunigiana	No	Zona Distretto Livornese	
SDS Mugello	No	Zona Distretto Piana di Lucca	No
SDS Pisana	Sì	Zona Distretto Val di Chiana Aretina	Sì
SDS Pistoiese	Sì	Zona Distretto Valdarno	
Unione comuni montani appennino pistoiese	No	Zona Distretto Valle del serchio	Sì
SDS Pratese	Sì	Zona Distretto Versilia	Sì
SDS Senese	Sì	Zona Distretto Versilia	Sì
SDS Val di Nievole	No		

Il coinvolgimento è avvenuto in oltre la metà dei casi attraverso lo strumento della convenzione (53,8%), seguita dagli accordi a livello di singolo comune (19,2%, specificamente in quelle zone in cui il servizio sociale è gestito in maniera associata dai Comuni), dalle manifestazioni di interesse (15,4%) e dagli accordi di livello zonale (11,5%). Il fatto che circa la metà delle procedure siano state attivate *ad hoc* per la fase di emergenza e che per oltre il 60% di quelle già in vigore si sia provveduto ad aggiornamenti mirati, rende il senso di proattività e dinamicità che i territori hanno avuto nel reagire alla straordinarietà del momento, ridisegnando in tempo reale i servizi e gli interventi.

TABELLA 2.22 - COINVOLGIMENTO DEI PRIVATI E DEL TERZO SETTORE NELLA GESTIONE DELL'EMERGENZA - MODALITÀ

SDS/ ZONA DISTRETTO	SDS	ZONE DISTRETTO	TOTALE
Accordi a livello di singolo Comune	13,3%	27,3%	19,2%
Accordi a livello zonale	6,7%	18,2%	11,5%
Convenzione	60,0%	45,5%	53,8%
Manifestazioni di interesse	20,0%	9,1%	15,4%

FIGURA 2.23 - COINVOLGIMENTO DEI PRIVATI E DEL TERZO SETTORE NELLA GESTIONE DELL'EMERGENZA - MODALITÀ

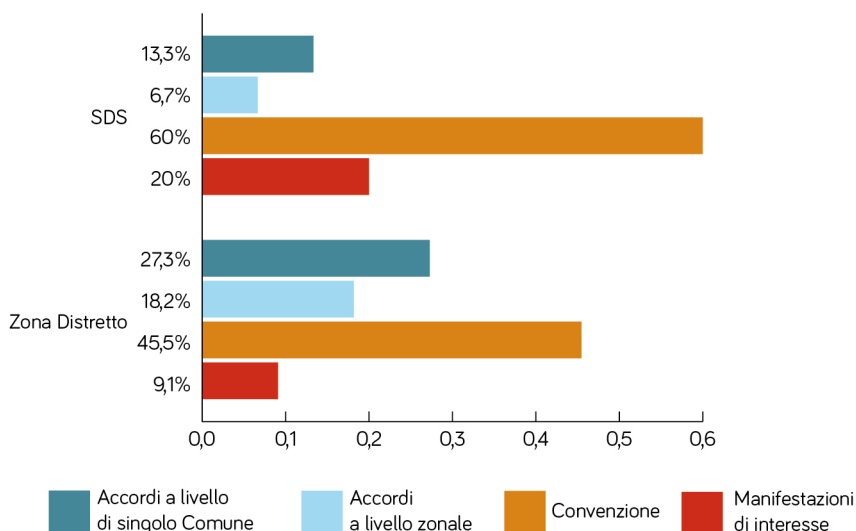


TABELLA 2.24 - COINVOLGIMENTO DEI PRIVATI E DEL TERZO SETTORE NELLA GESTIONE DELL'EMERGENZA - AGGIORNAMENTO PROCEDURE

TALI PROCEDURE AMMINISTRATIVE ERANO GIÀ ATTIVE ?	SE SÌ, SONO STATE AGGIORNATE ?	SDS	ZONA DISTRETTO	TOTALE
Non risponde			2	2
No		7	6	13
Si	No	3	1	4
	Si	5	2	7
Totale		15	11	26

L'apporto del Terzo Settore è consistito fondamentalmente nella distribuzione diretta di risorse, quali ad esempio pacchi alimentari, anche a domicilio, e dispositivi di sicurezza (nell'88% dei territori), nella funzione di ascolto orientamento e invio ai servizi (69%), e nell'erogazione indiretta di risorse (62%), come ad esempio i buoni spesa. Decisamente rilevante anche l'apporto su un servizio fondamentale come quello dell'erogazione pasti (50%), soprattutto in considerazione dei bisogni delle fasce più deboli. Decisiva, infine, a livello strategico, la partecipazione alle cabine di regia (avvenuta nel 42% dei territori), che in un momento di emergenza ed eccezionalità rivestono un'importanza basilare per affrontare in maniera organizzata ed integrata la crisi, permettendo un ampliamento dell'offerta sociale sui territori.

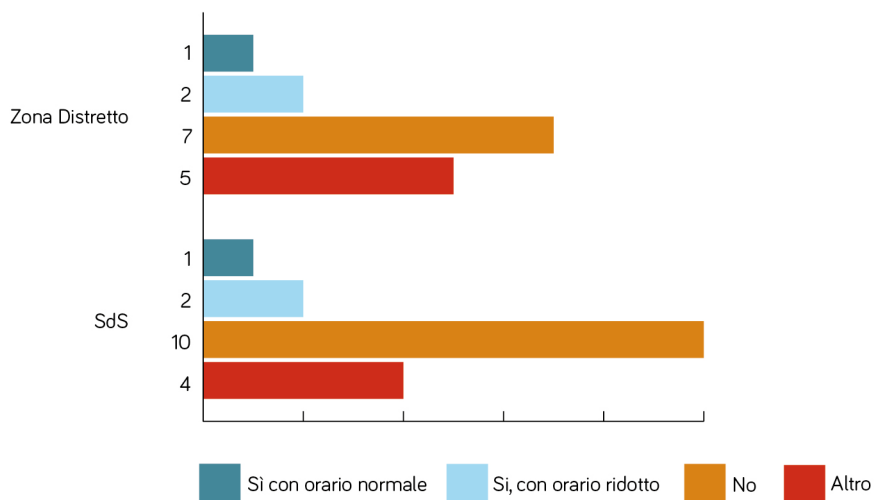
2.2. Organizzazione del personale del servizio sociale professionale

Una domanda centrale ha riguardato le modalità di accesso al Servizio Sociale Professionale, sia sul territorio che presso le strutture ASL. Di seguito, la tabella riassume le risposte ricevute, articolate su tutti e 32 gli Enti coinvolti e suddivise tra Ambiti territoriali a gestione Società della Salute (SDS) e con convenzione sociosanitaria (Zona Distretto).

TABELLA 2.25 - IL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE È RIMASTO APERTO ALL'ACCESSO DIRETTO DEL PUBBLICO?

		SDS	ZONE DISTRETTO	TOTALE
Si con orario normale		1	1	2
Si, con orario ridotto		2	2	4
No		10	7	17
Altro	Accesso limitato	-	1	1
	Su appuntamento	3	4	7
	Non risponde	1	-	1

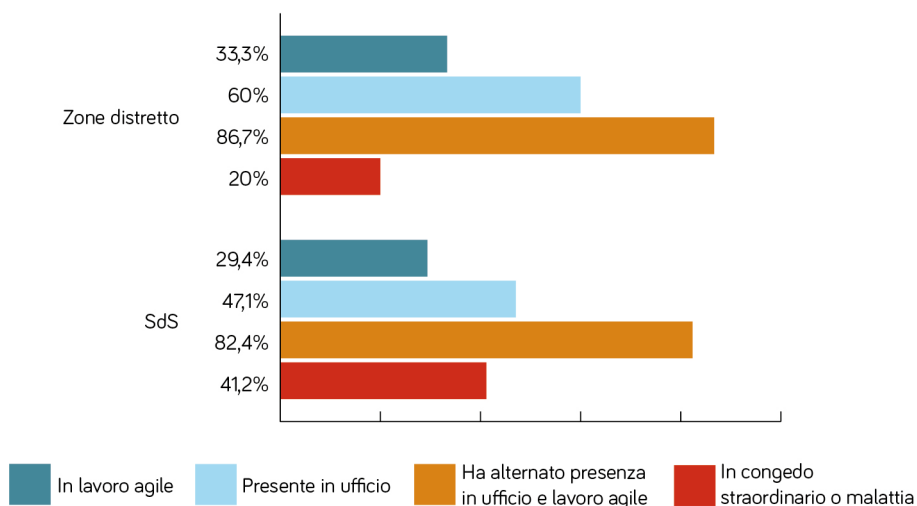
FIGURA 2.26 - IL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE È RIMASTO APERTO ALL'ACCESSO DIRETTO DEL PUBBLICO? - ZONE DISTRETTO E SDS



Comparando (in termini percentuali) sia le modalità di apertura che quelle di organizzazione del personale, non risultano differenze significative tali da poter affermare che l'organizzazione (attraverso convenzione socio-sanitaria o Società della salute) abbia avuto un influsso, anche se va sottolineato che nei territori dove non è presente la SDS, l'accesso diretto al pubblico è stato garantito maggiormente (nel 53% dei casi, anche se solitamente con orario ridotto o con altre modalità applicate per limitare i contatti con l'utenza).

TABELLA 2.27 - ORGANIZZAZIONE DEL PERSONALE DEL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE

	ZONE DISTRETTO	SDS
In lavoro agile	5	5
Presente in ufficio	9	8
Ha alternato presenza in ufficio e lavoro agile	13	14
In congedo straordinario o malattia	3	7
Totale risposte	15	16

FIGURA 2.28 - ORGANIZZAZIONE DEL PERSONALE DEL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE - VAL. % PER ZONE DISTRETTO E SDS (POSSIBILI PIÙ RISPOSTE)


Di seguito, riportiamo il dettaglio del dato zonale relativo all'apertura del Servizio e alla percentuale di assistenti sociali presenti in ufficio nel periodo di lockdown considerato (11 marzo-3 maggio 2020). Da notare che, all'interno delle due Zone dove si trovano le Unioni di Comuni coinvolte nella rilevazio-

ne (Fiorentina sud est e Aretina-Casentino-Valtiberina, i Servizi hanno fornito risposte diverse riguardo l'apertura al pubblico, plausibilmente riconducibili alla peculiarità del singolo servizio sociale, ma anche a valutazioni diverse da parte dei dirigenti responsabili. La stessa domanda non ha invece evidenziato incongruità nelle due SDS dove sono presenti le due Unioni di comuni considerate (SDS Alta Val di Cecina-Valdera e SDS Pistoiese).

TABELLA 2.29 - ORGANIZZAZIONE DEL PERSONALE DEL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE - DETTAGLIO ZONA DISTRETTO

ZONA DISTRETTO		APERTURA ALL'ACCESSO DIRETTO DEL PUBBLICO	PERSONALE %			
			IN LAVORO AGILE	PRESENTE IN UFFICIO	HA ALTERNATO PRESENZA IN UFFICIO E LAVORO AGILE	IN CONGEDO STRAORDINARIO O MALATTIA
Livornese		Sì, con orario ridotto		25	75	
Piana di Lucca		Sì, con orario ridotto			100	
Colline dell'Albegna		No	5		80	15
Elba		No		100		
Val di Chiana Aretina		No	80	20		
Valle del serchio		No	15	15	70	
Versilia		No			100	
Apuane		Altro		19,05	80,95	
Valdarno		Altro			100	
Fiorentina Sud-Est	Zona distretto Fiorentina Sud-Est	Altro (su appuntamento)	12	35	38	15
	Unione Comuni Valdarno e Valdisieve	No		41,5	41,5	17
	Unione Comuni del Chianti	Altro (accesso limitato)			100	
Aretina-Casentino-Valtiberina	Zona Distretto Aretina	Altro (su appuntamento)		10	90	
	Unione Comuni Montani Casentino	Sì con orario normale			100	
	Unione Montana dei Comuni della Valtiberina	No	50	25	25	
Numero enti			5	9	13	3

TABELLA 2.30 – ORGANIZZAZIONE DEL PERSONALE DEL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE – DETTAGLIO SDS

SDS		IL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE È RIMASTO APERTO ALL'ACCESSO DIRETTO DEL PUBBLICO	PERSONALE %			
			IN LAVORO AGILE	PRESENTE IN UFFICIO	HA ALTERNATO PRESENZA IN UFFICIO E LAVORO AGILE	IN CONGEDO STRAORDINARIO O MALATTIA
Alta Val d'Elsa		Si, con orario ridotto			100	
Lunigiana		Si, con orario ridotto	70	30		
Firenze		Si con orario normale			100	
Alta Val di Cecina-Valdera	SDS Alta Val di Cecina-Valdera	No		20	80	
	Unione Valdera	(non specificato)				
Amiata Senese e Val d'Orcia-Valdichiana		No			100	
"Valli etrusche"		No		55	29	16
Empolese-Valdarno Inf.		No	5	30	60	5
Fiorentina Nord-Ovest		No	10		88	2
Mugello		No	70	10	19	1
Pisana		No		15,38	84,62	
Pistoiese	SDS Pistoiese	No			100	
	Un. comuni montani appennino pistoiese	No			80	20
SDS Pratese		No	31		69	
SDS "COESO-SDS GR"		Altro		100		
SDS Senese		Altro			92	8
SDS Val di Nievole		Altro		5	90	5
	Numero di enti		5	8	14	7

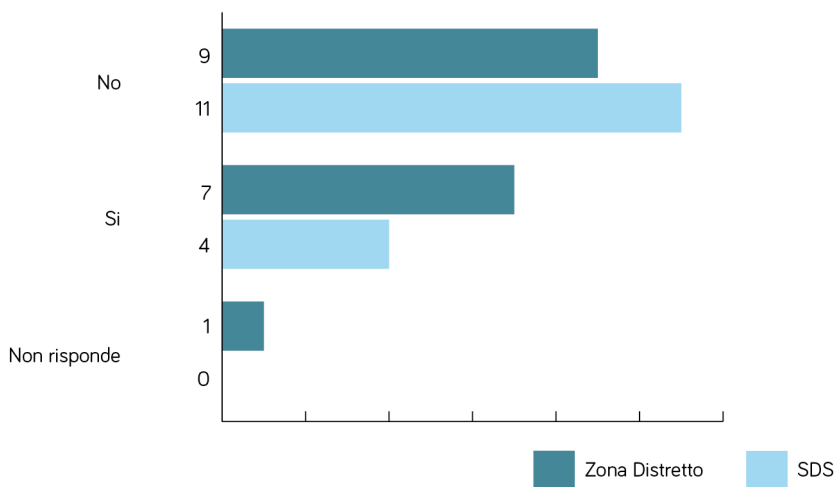
2.2.1. DISLOCAZIONE DEL PERSONALE

Un'altra domanda riguardava la possibilità che alcuni Assistenti Sociali fossero stati dislocati in distretti diversi da quello di appartenenza per motivi organizzativi. La prevalenza delle risposte è stata negativa, ma non è possibile ricavarne inferenze sul piano organizzativo, se non osservare che le SDS sembrano avere avuto maggiore propensione a trasferire temporaneamente gli operatori in funzione delle nuove esigenze di servizio.

TABELLA 2.31 – ALCUNI ASSISTENTI SOCIALI SONO STATI DISLOCATI IN DISTRETTI DIVERSI DA QUELLO DI APPARTENENZA PER MOTIVI ORGANIZZATIVI?

	SDS	ZONA DISTRETTO	TOTALE
No	9	11	20
Si	7	4	11
Non risponde	1	0	1
	17	15	32

FIGURA 2.32 – ALCUNI ASSISTENTI SOCIALI SONO STATI DISLOCATI IN DISTRETTI DIVERSI DA QUELLO DI APPARTENENZA PER MOTIVI ORGANIZZATIVI?



2.2.2. SEGRETARIATO SOCIALE

Anche la domanda su un eventuale potenziamento del segretariato sociale non ha offerto particolari spunti di riflessione, anche se oltre la metà degli enti rispondenti ha dichiarato di aver attuato delle strategie di rafforzamento del Servizio per venire incontro alle esigenze dell'utenza. La principale diffe-

renza emersa tra i servizi sociali gestiti a livello di SDS e quelli dove vige la convenzione sociosanitaria, l'aumento segnalato da 5 Enti delle ore di ascolto telefonico.

TABELLA 2.33 - IL SEGRETARIATO SOCIALE È STATO POTENZIATO?

	SI	NO	NON RISPONDE	TOTALE
SDS	10	6	1	17
Zona Distretto	6	8	1	15
Totale	16	14	2	32
SDS	59%	35%		
Zona Distretto	40%	53%		
% su 30 rispondenti	53,3%	46,7%		

TABELLA 2.34 - COME È STATO POTENZIATO IL SEGRETARIATO SOCIALE?

Incremento orario ascolto telefonico	11
Incremento del personale	4
Istituzione numero unico	4
Modifiche modalità di lavoro	3

2.2.3. CONTATTO CON L'UTENZA

L'organizzazione di modalità di contatto con l'utenza in gradi di garantire la necessaria sicurezza dal punto di vista sanitario è stato naturalmente uno dei punti critici della riorganizzazione dei Servizi. Nella domanda abbiamo distinto i nuovi accessi (che potevano richiedere un maggiore approfondimento iniziale) dall'utenza in carico, e - specularmente - le modalità con le quali sono stati garantiti gli operatori. Gli interventi diretti per le situazioni in urgenza sono stati garantiti da oltre 2/3 degli Enti. In riferimento alla nuova utenza, si possono registrare valori più elevati riguardo alla possibilità di primo contatto attraverso colloqui di persona.

TABELLA 2.35 – COME È STATO GARANTITO IL CONTATTO CON L'UTENZA? UTENZA IN CARICO

	SDS	ZONA DISTRETTO
Attraverso interventi diretti anche in urgenza	13	10
Attraverso colloqui di persona	3	4
Telefonicamente	16	15
Per via telematica	15	10
Altro	0	2

TABELLA 2.35.BIS – COME È STATO GARANTITO IL CONTATTO CON L'UTENZA? NUOVI ACCESSI

	SDS	ZONA DISTRETTO
Attraverso interventi diretti anche in urgenza	12	8
Attraverso colloqui di persona	6	4
Telefonicamente	16	14
Per via telematica	13	11
Altro	1	1

2.2.4. TUTELA SANITARIA

La tutela sanitaria – per gli operatori e per gli utenti – è stata affidata all'osservanza dei protocolli anti-contagio e alla fornitura di dispositivi di protezione individuale (DPI), oltre che al distanziamento sociale (garantito dai servizi erogati in remoto e dallo smart working).

TABELLA 2.36 – COME È STATA ASSICURATA LA TUTELA SANITARIA DEGLI OPERATORI?

OPERATORI	SDS	ZONA DISTRETTO	TOTALE
Distanziamento sociale e fornitura DPI	2	2	4
Distanziamento sociale e smart working	5	2	7
Protocollo sicurezza	3	2	5
Protocollo sicurezza e fornitura DPI	6	8	14
Smart working	1	0	1
Totale Risultato	17	14	31

TABELLA 2.36.BIS – COME È STATA ASSICURATA LA TUTELA SANITARIA DEGLI UTENTI?

UTENTI	SDS	ZONA DISTRETTO	TOTALE
Accesso da remoto	3	2	5
distanziamento sociale	1	1	2
Distanziamento sociale e fornitura DPI	2	3	5
Protocollo sicurezza	3	3	6
Protocollo sicurezza e accesso da remoto	3	0	3
Protocollo sicurezza e fornitura DPI	4	6	10
Totale Risultato	16	15	31

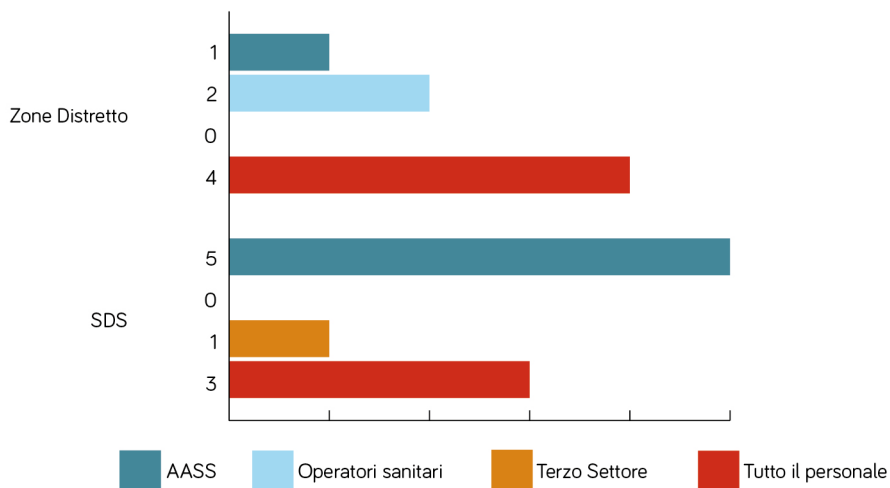
2.2.5. FORMAZIONE DEL PERSONALE

E' interessante notare che, nonostante l'evoluzione abbastanza repentina dell'epidemia e la necessità di organizzarsi in tempi rapidi, circa la metà degli Enti ha effettuato formazione del personale sull'intervento in situazioni di emergenza coinvolgendo non solo il Servizio Sociale Professionale

TABELLA 2.37 – SONO STATI SVOLTI CORSI DI FORMAZIONE A DISTANZA SULL'INTERVENTO IN SITUAZIONI DI EMERGENZA? CON QUALI DESTINATARI?

CORSI DI FORMAZIONE	DESTINATARI				TOTALE
	SDS	AASS	OPERATORI SANITARI	TERZO SETTORE	
Si	5	0	1	3	9
No					7
Non risponde					1
Totale					17
ZONE DISTRETTO					
Si	1	2	0	4	7
No					7
Non risponde					1
Totale					15

FIGURA 2.38 – CON QUALI DESTINATARI SONO STATI SVOLTI CORSI DI FORMAZIONE A DISTANZA SULL'INTERVENTO IN SITUAZIONI DI EMERGENZA ? - ZONE DISTRETTO E SDS



2.3. Servizi erogati e modalità

Le restrizioni imposte dalla normativa nazionale e regionale hanno reso necessario adeguare le modalità di erogazione delle prestazioni all'utenza; in questa sezione del questionario abbiamo approfondito, trasversalmente alle aree di intervento, il modo con il quale i servizi sociali hanno cercato di compensare le chiusure dei centri diurni e le limitazioni agli interventi in presenza.

2.3.1. AREA DISABILITÀ

L'area disabilità (da 3 enti segnalata come accorpata a quella degli anziani/non autosufficienti) è stata indicata dalla maggioranza degli intervistati (19 su 25 rispondenti) come quella che ha maggiormente sofferto le restrizioni imposte dalla legislazione nazionale e regionale. Un risultato che non sorprende, vista la fragilità dell'utenza di cui parliamo; le motivazioni dichiarate dai referenti dei Servizi hanno visto la netta prevalenza della chiusura dei centri diurni, quindi l'interruzione dei servizi alla persona, l'isolamento sociale e i problemi organizzativi nella gestione dei singoli casi.

Centri diurni

La chiusura dei Centri e l'impossibilità di garantire gli altri servizi in presenza ha fatto gravare il carico assistenziale sulle famiglie, alle quali comunque non è fatto mancare un supporto. Infatti, dopo la chiusura dei centri diurni imposta dalla normativa nazionale, tra i 28 Servizi territoriali di ambito sovra-comunale che hanno risposto al questionario la quasi totalità (26) ha offerto interventi alternativi all'utenza.

TABELLA 2.39 – DOPO LA CHIUSURA AVETE EFFETTUATO INTERVENTI ALTERNATIVI?

ENTE	
SDS Lunigiana	No
Zona Distretto Val di Chiana Aretina	No
SDS Alta Val d'Elsa	Si
Zona Distretto Colline dell'Albegna	Si
SDS Alta Val di Cecina-Val d'era	Si
Unione Comuni del Chianti	Si
Zona distretto Fiorentina Sud-Est	Si
SDS Pisana	Si
SDS Pistoiese	Si
SDS Senese	Si
SDS Val di Nievole	Si
SDS Amiata Senese e Val d'Orcia-Valdichiana Senese	Si
Zona Distretto Livornese	Si
Unione Montana dei Comuni della Valtiberina	Si
SDS "COESO - SDS Grosseto"	Si
Zona Distretto Apuane	Si
Zona Distretto Aretina	Si
Unione Comuni Montani Casentino	Si
SDS "Valli etrusche"	Si
SDS Empolese-Valdarno Inferiore	Si
SDS Mugello	Si
Zona Distretto Piana di Lucca	Si
Zona Distretto Elba	Si
SDS Fiorentina Nord-Ovest	Si
Unione Comuni Valdarno e Valdisieve	Si
SDS Pratese	Si
Zona Distretto Valdarno	Si
Zona Distretto Valle del serchio	Si
SDS Firenze	Si
Zona Distretto Versilia	Si
Unione comuni montani appennino pistoiese	
Unione Valdera	

I servizi alternativi erogati (era possibile indicarne più di uno) hanno riguardato prevalentemente interventi a distanza (nella maggior parte dei casi monitoraggio telefonico e video-chiamate, ma anche assistenza educativa); tuttavia va evidenziato che ben 14 Enti hanno continuato ad effettuare servizi domiciliari (SDS “COESO – SDS Grosseto”, Unione Comuni Montani Casentino (all'interno della Zona Aretina-Casentino-Val Tiberina), Zona Distretto Colline dell'Albegna, Zona Distretto Elba, SDS Mugello, SDS Senese, SDS Val di Nievole, Zona Distretto Valdarno, Zona Distretto Versilia). Non hanno effettuato interventi alternativi coordinati a livello zonale SDS Lunigiana e Zona Distretto Val di Chiana Aretina.

Educativa domiciliare

Una volta che è stata predisposta la chiusura dei Centri, ha assunto particolare importanza il servizio di educativa domiciliare, che rappresenta una delle risposte ai bisogni dei nuclei familiari in situazione di fragilità, caratterizzata in particolare da una forte valenza psicologica per le necessità della persona disabile che vi appartiene.

Abbiamo quindi chiesto se nella prima fase di lockdown, tale attività fosse stata sospesa all'interno dei Servizi socio-sanitari territoriali erogati a livello aggregato. Dei 32 intervistati, 17 hanno dichiarato che il servizio è stato parzialmente garantito su richiesta delle famiglie, coinvolgendo in media circa 1/3 dell'utenza, 10 che è stato sospeso, 2 garantito (3 non hanno risposto).

TABELLA 2.40 – L'ATTIVITÀ DI EDUCATIVA DOMICILIARE È STATA SOSPESA?

ENTE	SOSPESA?	NEL CASO NON SIA STATA SOSPESA DEL TUTTO INDICARE L'UTENZA COINVOLTA SUL TOTALE (%)
SDS Alta Val d' Elsa	no	
Zona Distretto Colline dell' Albegna	no	
SDS Alta Val di Cecina-Val d' era	parzialmente garantita su richiesta delle famiglie degli utenti	40
SDS "COESO – SDS Grosseto"	parzialmente garantita su richiesta delle famiglie degli utenti	70
Zona Distretto Apuane	parzialmente garantita su richiesta delle famiglie degli utenti	
Zona Distretto Aretina	parzialmente garantita su richiesta delle famiglie degli utenti	60
Unione Comuni Montani Casentino	parzialmente garantita su richiesta delle famiglie degli utenti	20
Unione Montana dei Comuni della Valtiberina	parzialmente garantita su richiesta delle famiglie degli utenti	20
SDS "Valli etrusche"	parzialmente garantita su richiesta delle famiglie degli utenti	20
SDS Empolese-Valdarno Inferiore	parzialmente garantita su richiesta delle famiglie degli utenti	30
Unione Comuni del Chianti	parzialmente garantita su richiesta delle famiglie degli utenti	20
Zona distretto Fiorentina Sud-Est	parzialmente garantita su richiesta delle famiglie degli utenti	
SDS Lunigiana	parzialmente garantita su richiesta delle famiglie degli utenti	40
SDS Mugello	parzialmente garantita su richiesta delle famiglie degli utenti	70
Zona Distretto Piana di Lucca	parzialmente garantita su richiesta delle famiglie degli utenti	
SDS Pisana	parzialmente garantita su richiesta delle famiglie degli utenti	10
SDS Pistoiese	parzialmente garantita su richiesta delle famiglie degli utenti	15
SDS Senese	parzialmente garantita su richiesta delle famiglie degli utenti	
SDS Val di Nievole	parzialmente garantita su richiesta delle famiglie degli utenti	20

TABELLA 2.40.BIS - L'ATTIVITÀ DI EDUCATIVA DOMICILIARE È STATA SOSPESA?

ENTE	SOSPESA?
SDS Amiata Senese e Val d`Orcia-Valdichiana Senese	si
Zona Distretto Elba	si
SDS Fiorentina Nord-Ovest	si
Unione Comuni Valdarno e Valdisieve	si
Zona Distretto Livornese	si
Unione comuni montani appennino pistoiese	si
SDS Pratese	si
Zona Distretto Val di Chiana Aretina	si
Zona Distretto Valdarno	si
Zona Distretto Valle del Serchio	si
Unione Valdera	
SDS Firenze	
Zona Distretto Versilia	

Va segnalato inoltre che 2 enti (SDS Alta Val d`Elsa e Zona Distretto Colline dell`Albegna) hanno continuato ad erogare il servizio a livello zonale, mentre 3 enti (Unione dei comuni della Valdera, SDS Firenze e Zona Distretto Versilia) non hanno risposto in quanto non gestiscono il servizio.

Dove il servizio è stato sospeso, solo nella SDS Valdichiana non sono stati effettuati interventi alternativi, mentre nelle altre zone sono stati predisposti assistenza/educativa a distanza, monitoraggio telefonico e video-chiamate.

Educativa scolastica

La domanda indagava se, durante il periodo di chiusura delle scuole, i Servizi Sociali avessero effettuato interventi alternativi all'educativa scolastica, che prevede la realizzazione di interventi di assistenza nelle attività personali e interventi socio-educativi finalizzati all'autonomia dei soggetti con disabilità, alla socializzazione e integrazione in classe. Tra i 32 enti intervistati, 19 hanno dichiarato di avere effettuato interventi alternativi in tutto il territorio di competenza, mentre 8 di non averlo fatto; i restanti (Unione dei comuni della Valdera, SDS Firenze e Zona Distretto Versilia, Zona Distretto Aretina e Zona Distretto Valdarno) non hanno risposto in quanto non gestiscono il servizio a livello sovracomunale.

Rispetto ai 19 rispondenti che hanno attivato servizi alternativi all'assistenza educativa scolastica, 11 hanno dichiarato di aver implementato un servizio di

assistenza educativa a distanza (che ha coinvolto oltre il 70% dell'utenza), mentre 6 enti hanno attivato il supporto alla Didattica a Distanza (sempre in remoto); sono inoltre stati attivati altri servizi da remoto, attraverso video-chiamate (3 enti) o monitoraggio telefonico (2). Si sottolinea inoltre che la SDS Empolese Valdarno Valdelsa e la SDS Valdinievole hanno continuato a garantire servizi domiciliari.

Le percentuali di utenza coinvolte sono significative: da notare che l'assistenza/interventi domiciliari (seppure svolta in sole due Zone) hanno coinvolto circa 1/4 degli utenti, e che le altre attività da remoto una porzione di poco inferiore alla totalità degli utenti in carico (teniamo presente che si tratta della media di stime indicative quantificate dai rispondenti).

TABELLA 2.41 – CHE PERCENTUALE DI UTENZA HA USUFRUITO DEI SERVIZI ALTERNATIVI ALL'ASSISTENZA EDUCATIVA SCOLASTICA?

Assistenza/educativa a distanza	70,3%
Assistenza/interventi domiciliari	25,0%
Monitoraggio telefonico	30,0%
Videochiamate	33,3%
Supporto didattica a distanza	63,2%

2.3.2. AREA ANZIANI

Centri diurni

Dopo la chiusura dei centri diurni, i servizi territoriali hanno nella maggior parte dei casi effettuato interventi alternativi (22/32), in prevalenza assistenza domiciliare (86,4%, con più di un terzo dell'utenza coinvolta), monitoraggio telefonico, anche tramite videochiamate (45,5%, coinvolgendo il 70% degli utenti dei Centri), trasferimenti temporanei in RSA (38,6%) erogazioni contributi economici (15,5%) [la risposta era a scelta multipla].

TABELLA 2.42 – DOPO LA CHIUSURA AVETE EFFETTUATO INTERVENTI ALTERNATIVI?

	NON RISPONDE	NO	SÌ	TOTALE
Dopo la chiusura avete effettuato interventi alternativi ?	3	7	22	32
% su 32 rispondenti	9,4%	21,9%	68,8%	100%

TABELLA 2.43 – QUALI INTERVENTI ALTERNATIVI AVERE EFFETTUATO?

INTERVENTI ALTERNATIVI	NUMERO	% SU 22 RISPONDENTI	% UTENZA COINVOLTA SUL TOTALE (MEDIA)
Assistenza domiciliare	19	86,4%	38,0%
Contributi economici (incluso contributo badante)	3	13,6%	15,5%
Inserimenti temporanei rsa	3	13,6%	38,6%
Monitoraggio telefonico/Videochiamate	10	45,5%	69,5%

Inserimenti in RSA

Gli inserimenti permanenti in RSA sono stati sospesi nel 40,6% dei casi, o solo parzialmente garantiti in misura analoga; incrociando il dato con quello degli inserimenti di sollievo in RSA, si evidenzia una polarizzazione delle risposte da parte dei Servizi: 12/32 hanno sospeso *entrambe* le prestazioni, 7/32 le hanno parzialmente garantite, 4/32 non hanno interrotto entrambe le tipologie di inserimento: complessivamente 23/32 enti rispondenti hanno operato scelte analoghe sia per gli inserimenti permanenti che di sollievo. Va rimarcato che 5 enti (Zona Distretto Elba, SDS Firenze, Zona Distretto Livornese, Unione comuni montani appennino pistoiese e Zona Distretto Versilia), anche alla luce delle normative che hanno previsto rigorose procedure di controllo all'accesso di nuovi ospiti, hanno deciso di non sospendere gli inserimenti permanenti in RSA.

TABELLA 2.44 – ALLA LUCE DELLE NORMATIVE CHE HANNO PREVISTO RIGOROSE PROCEDURE DI CONTROLLO ALL'ACCESSO DI NUOVI OSPITI NELLE RSA, GLI INSERIMENTI PERMANENTI SONO STATI SOSPESI?

	TOTALE	MODALITÀ			TOTALE %
		NON RISPONDE	SOLO URGENZE	TAMPONE/ ISOLAMENTO	
No	5				15,6%
Si	13				40,6%
Parzialmente garantiti	13				
		1	6	6	40,6%
Non risponde	1				3,1%
Totale Risultato	32				100%

TABELLA 2.45 - INCROCIO TRA INSERIMENTI PERMANENTI E INSERIMENTI DI SOLLIEVO

Alla luce delle normative che hanno previsto rigorose procedure di controllo all'accesso di nuovi ospiti nelle RSA, gli inserimenti permanenti sono stati sospesi ?	GLI INSERIMENTI TEMPORANEI DI SOLLIEVO IN RSA SONO STATI SOSPESI?				Totale
	No	Parzialmente garantiti	Si	Non risponde	
No	4	1			5
Parzialmente garantiti	1	7	5		13
Si		1	12		13
Non risponde				1	1
Totale Risultato	5	9	17	1	32

Punto Insieme e UVM

L'attività degli sportelli Puntosinsieme è stata garantita nella quasi totalità dei casi 90,6% (12,5% in continuità, 78,1%: con diverse modalità); percentuali analoghe per l'UVM/UVMD: 96,9% (21,9% in continuità, 75% adottando procedure diverse rispetto alle consuete).

TABELLA 2.46 - L'ATTIVITÀ DEGLI SPORTELLI PUNTOINSIEME È STATA GARANTITA?

	TOTALE	MODALITÀ				TOTALE %
No	1					3,1%
Si	4					12,5%
Si ma con diverse modalità	25					
		Orario ridotto	Contatto telefonico o via mail	Accorpando più sportelli	Altro*	78,1%
		2	25	4	1	
Non risponde	2					6,3%
Totale	32					100%

*Consegna documenti attraverso punto di raccolta postale

TABELLA 2.47 – L'ATTIVITÀ DELL'UVM/UVMD È STATA GARANTITA?

	TOTALE	MODALITÀ			TOTALE %
No	0				0%
Si	7				21,9%
Si ma con diverse modalità	24				
		A distanza	Solo urgenze in presenza	Non risponde	75%
		16	7	1	
Non risponde	1				3,1%
Totale	32				100%

2.3.3. AREA MINORI

Centri diurni

Similmente a quanto avvenuto per l'area disabili e quella anziani, dopo la chiusura dei Centri i Servizi si sono attivati per fornire interventi alternativi; le risposte in bianco sono state interpretate come negative. Solo in 10 Zone i Servizi hanno dichiarato di avere effettuato attività di supporto, prevalentemente in quelle gestite attraverso SDS (80%).

TABELLA 2.48 – DOPO LE LIMITAZIONI IMPOSTE, AVETE EFFETTUATO INTERVENTI ALTERNATIVI?

	ASSISTENZA DOMICILIARE	ASSISTENZA IN REMOTO PER PICCOLI GRUPPI	MONITORAGGIO TELEFONICO/ VIDEOCHIAMATE
Numero	2	2	6
% su 10 rispondenti	20,0%	20,0%	60,0%
34,2. % utenza coinvolta sul totale	57,5%	78,3%	85,0%

**TABELLA 2.49 – DOPO LE LIMITAZIONI IMPOSTE, AVETE EFFETTUATO INTERVENTI ALTERNATIVI?
- DETTAGLIO ZD/SDS**

	ASSISTENZA DOMICILIARE	ASSISTENZA IN REMOTO PER PICCOLI GRUPPI	MONITORAGGIO TELEFONICO/ VIDEOCHIAMATE
SDS	1	2	5
Zone distretto	1		1

Educativa domiciliare

Così come le prestazioni relative alle aree analizzate, anche i servizi per minori hanno fortemente risentito dell'impatto delle misure di contenimento della pandemia. Notiamo però che se 13 su 26 rispondenti (ricordiamo che 6 non gestiscono tale servizio) hanno sospeso l'educativa domiciliare, 12 l'hanno invece parzialmente garantita su richiesta delle famiglie.

Laddove è stata sospesa, è stato fornito un servizio alternativo a distanza (monitoraggio telefonico, videochiamate, educativa da remoto), riservandosi in caso di urgenza la possibilità di un intervento a domicilio.

TABELLA 2.50 - L'ATTIVITÀ È STATA SOSPESA?

	L'ENTE NON GESTISCE IL SERVIZIO A LIVELLO DI AMBITO	SI	PARZIALMENTE GARANTITA SU RICHIESTA DELLE FAMIGLIE DEGLI UTENTI	NO	TOT.
	6	13	12	1	32
NEL CASO SIA STATA SOSPESA, AVETE EFFETTUATO INTERVENTI ALTERNATIVI?					
Educativa a distanza		4			
Monitoraggio telefonico e videochiamate		8			
Urgenze in presenza e a domicilio		1			

Inserimento in struttura

Riguardo gli inserimenti in struttura, in 15 zone su 26 è stata osservata una diminuzione dei posti disponibili, costringendo i servizi a cercare nuove strutture anche fuori zona, rinviando gli ingressi o limitandoli alle sole urgenze, anche perché in 10 di queste zone le richieste di intervento durante il periodo considerato sono aumentate o si sono mantenute stabili.

TABELLA 2.51 – COME È STATA GESTITA LA RICHIESTA DI NUOVI INGRESSI NELLE STRUTTURE?

	SI È VERIFICATA UNA DIMINUZIONE DELLA DISPONIBILITÀ DI POSTI NELLE STRUTTURE ?			TOT.
	NO	SÌ	NON RISPONDE	
Nessuna richiesta	4	5	1	10
Cercando disponibilità fuori zona		1		1
Limitando gli ingressi a sole urgenze	1	2		3
Rinviano gli ingressi	2	1		3
Secondo protocollo Covid	2	6	1	9
Totale	9	15	2	26

2.3.4. AREA VIOLENZA DI GENERE

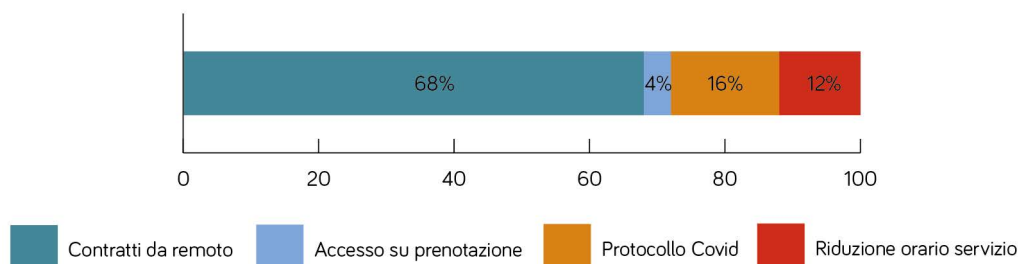
Alla domanda relativa alle richieste d'intervento pervenute nella fase di lockdown, il 50% ha risposto che si sono mantenute stabili, 1/4 che sono aumentate e 1/4 che sono diminuite, confermando che il fenomeno ha risentito anche di variabili diverse da quella delle misure di isolamento sociale.

Riguardo la disponibilità di posti nelle strutture di accoglienza in seguito alle disposizioni relative al contenimento della pandemia, la variazione della casistica non è risultata determinante ai fini della loro valutazione: la prevalenza delle risposte che hanno confermato la disponibilità di spazi idonei (55,6%) è risultata trasversale rispetto alla variazione del numero di donne che sono state prese in carico, in quanto la necessità di reperire strutture è stata segnalata indipendentemente dall'aumento o dalla diminuzione della casistica.

Possiamo interpretare questo dato alla luce della necessità della presenza di spazi dedicati che garantissero sicurezza sul piano sanitario; il problema è stato risolto, nella maggior parte dei casi nei quali si è verificata la necessità di utilizzare strutture "filtro" per l'espletamento della quarantena (75%), con il ricorso a convenzioni con strutture private.

Infine, è risultato che i Centri Antiviolenza hanno continuato ad operare anche nel corso delle restrizioni (in attuazione della Delibera regionale 503 del 14 aprile 2020) anche se oltre la metà attraverso esclusivamente contatti da remoto (56%). Nel resto dei casi si è deciso di mantenere aperte le strutture all'accesso alternando contatti da remoto con accessi su prenotazione o riducendo gli orari di accesso (12%), mantenendo il contatto diretto con l'utenza applicando protocolli sanitari specifici (4%), anche riducendo gli orari di accesso (4%), comunque garantendo la continuità dei servizi erogati (8%).

FIGURA 2.52 - MODALITÀ DI APERTURA AL PUBBLICO DEL CAV



2.3.5. AREA MIGRANTI / RICHIEDENTI ASILO

Su 32 enti rispondenti, 4 non gestiscono direttamente servizi per tale utenza, 22 non hanno registrato un incremento della domanda, mentre 6 (SDS Pratese, Zona distretto Fiorentina Sud-Est, SDS Valli etrusche, Unione Comuni Valdarno e Valdisieve, SDS Pistoiese e Unione Comuni Montani Casentino) hanno riscontrato un aumento di migranti/richiedenti asilo che si sono rivolti ai servizi sociali territoriali. La maggior parte (20) non ha previsto misure specifiche per la loro gestione durante la pandemia, mentre 8 hanno fornito servizi *ad hoc*, come consegna DPI, effettuazione tamponi, implementazione sportelli informativi.

TABELLA 2.53 - AVETE RISCONTRATO UN AUMENTO DI MIGRANTI/RICHIEDENTI ASILO CHE SI SONO RIVOLTI AI SERVIZI SOCIALI TERRITORIALI NEL CORSO DEL LOCKDOWN?

No	22	78,6%
Sì	6	21,4%
Servizio non gestito a livello di ambito	4	
N. risposte	32	100%

TABELLA 2.54 - AVETE PROMOSSO MISURE SPECIFICHE PER LA GESTIONE DEI MIGRANTI/RICHIEDENTI ASILO NEL CORSO DEL LOCKDOWN?

	TOTALE	TOTALE % SU 28 RISP.
Enti che hanno promosso misure specifiche per la gestione dei migranti/richiedenti asilo	8	28,6%
Nessuna	20	71,4%
Servizio non gestito a livello di ambito	4	
Totale	32	100%

MISURE ADOTTATE	ENTI CHE LE HANNO PROMOSSE
Consegna DPI / effettuazione test sierologici	5
Informazioni su norme di sicurezza	3
Continuità servizi	1
Informazioni bonus	1
Supporto psicologico	1
Limitazioni ingresso SPRAR	1
Interventi di solidarietà alimentare	1

Il 57% dei Servizi che svolgono attività per l'inserimento sociale (apprendimento lingua, formazione ecc.) le hanno rimodulate, prevalentemente riorganizzandole in remoto (5) o sospendendole (5), mentre il 42,9% ha proseguito l'attività in corso senza apportare modifiche rispetto alla gestione ordinaria.

2.3.6 MULTIUTENZA

In questa voce generica abbiamo accorpato le richieste relative alle diverse tipologie di utenza che potevano essere intercettate dai servizi sociali, sia quelle relative a servizi erogati (come i centri per anziani o per famiglie), ma soprattutto servizi specifici attivati in occasione della pandemia.

Riguardo i centri per anziani e gli orti sociali (che in gran parte del territorio non sono organizzati a livello di ambito, ma presumibilmente a livello comunale), la quasi totalità di coloro che li gestiscono 12/13 ha interrotto il servizio, eccetto che nella SDS "COESO - SDS Grosseto" dove è stato erogato in continuità. I Centri di ascolto per la famiglia (ove operanti: 18/32 rispondenti) hanno continuato ad operare, prevalentemente da remoto; i servizi dedicati all'emergenza, invece, hanno riguardato la fornitura a domicilio di alimenti o medicinali e il disbrigo pratiche attivati rispettivamente da 25 e 11 tra i 32 enti rispondenti all'indagine, soprattutto per rispondere alle richieste di adulti vulnerabili, anziani fragili o soggetti in quarantena.

TABELLA 2.55 – SERVIZI DEDICATI ALL'EMERGENZA E TARGET

	ENTI CHE LI HANNO ATTIVATI
Spesa e/o fornitura alimenti/medicinali a domicilio	25
Adulti vulnerabili/anziani fragili	14
Famiglie con disabili	3
Multiutenza	9
Senza fissa dimora	1
Soggetti in quarantena	5
Disbrigo pratiche	11
Adulti vulnerabili/anziani fragili	4
Famiglie con disabili	1
Multiutenza	7
Senza fissa dimora	0
Soggetti in quarantena	1

2.3.7. CRITICITÀ E PROSPETTIVE

I problemi emersi hanno investito trasversalmente le aree di intervento, e hanno trovato maggiore convergenza in quelli alimentari ed educativi (la risposta era a scelta multipla).

FIGURA 2.56 – BISOGNI EMERSI DA PARTE DELL'UTENZA



In riferimento alle “risorse umane”, la metà degli intervistati ha riscontrato elementi di criticità relativamente alla mancanza di dispositivi di sicurezza per gli operatori, che soprattutto nella fase iniziale del primo lockdown ha creato diverse difficoltà; sono state segnalate, in misura minore, anche carenze di personale “di ruolo” strutturato, e una diffusa paura della malattia tra gli operatori.

Riguardo le carenze strumentali, quelle tecnologiche sono state segnalate in modo prevalente, la cui importanza è stata viceversa ribadita da coloro che se ne sono avvantaggiati con profitto.

TABELLA 2.57 - CARENZE E FATTORI DI MIGLIORAMENTO RISCONTRATI NEI SERVIZI. RISPOSTA A SCELTA MULTIPLA

Enti che non rispondono	10
Enti che segnalano carenze	12
<i>tra cui</i>	
Tecnologia	9
Logistica	4
Coordinamento	1
Personale in servizio	1
Supporto psicologico	1
Enti che segnalano fattori di miglioramento	14
<i>tra cui</i>	
Tecnologia	4
Offerta servizi da remoto	3
Applicativi web per accesso servizi	2
Integrazione tra servizi	2
Applicativi web per smart working	1
Gestione emergenze attraverso SEUSS	1
Integrazione con volontariato	1
Offerta servizi	1
Risposta utenza a servizi offerti in remoto	1
Smart working	1

Circa le modalità di lavoro che potrebbero essere mantenute anche dopo la fine della pandemia, le riunioni (50%) e l'offerta di servizi (42,5%) sempre da remoto sono state indicate come modelli applicabili anche in futuro. Più cauto il giudizio sullo *smart working*, considerato positivamente dal 25% dei servizi rispondenti, ma con alcuni importanti *distinguo* relativi alla mansione lavorativa da svolgere.

TABELLA 2.58 - MODALITÀ DI LAVORO CHE POTREBBERO ESSERE MANTENUTE ANCHE DOPO LA FINE DELLA PANDEMIA

Enti che non rispondono	4	
Enti che segnalano servizi/prassi di lavoro attivate nel corso dell'emergenza che potrebbero essere mantenuti per il futuro	28	% SU 28 RISPONDENTI
<i>Tra cui</i>		
Riunioni da remoto	14	50,0%
Offerta servizi da remoto	12	42,9%
Smart working	7	25,0%
Interazione con Terzo Settore	1	3,6%
Integrazione con sett. Sanitario	1	3,6%

TABELLA 2.59 - LA PARZIALE RIORGANIZZAZIONE DEGLI UFFICI ATTRAVERSO IL RICORSO ALLO SMART WORKING POTREBBE DIVENIRE (ANCHE SOLO PARZIALMENTE) STRUTTURALE?

		% SU 28 RISPONDENTI
Sì	4	14,3%
Sì, con dovute accortezze	5	17,9%
Solo parzialmente	7	25,0%
Solo lavoro amministrativo	3	10,7%
Difficilmente	2	7,1%
Da valutare	1	3,6%
No	5	17,9%
Non è stato attuato lo smart working	1	3,6%

2.4. Le risorse utilizzate per fare fronte all'emergenza

Rispetto alle risorse utilizzate per fare fronte all'emergenza, i numeri sembrano suggerire sia una migliore disponibilità di risorse da parte delle SDS, ma anche una significativa attrattività per quanto riguarda fondi trasferiti. In 8 Zone Distretto ci sono state erogazioni da parte di privati; in 5, raccolte fondi a livello di ambito, e in 7 a livello comunale.

TABELLA 2.60 – CARENZE E FATTORI DI MIGLIORAMENTO RISCOINTRATI NEI SERVIZI (RISPOSTA A SCELTA MULTIPLA)

RISORSE	SDS	ZONE DISTRETTO	TOT.
Fondi propri	14	8	22
Risorse Trasferite	15	12	27
Fondo Sanitario Regionale	10	8	18
Fondo Sociale Regionale (FRAS+FNPS)	9	9	18
Altri fondi regionali	13	8	21
Fondi nazionali	6	6	12
Fondi reperiti tramite bandi o procedure non competitive (Es: PON Avviso 3, PON Avviso 4, FEAD Avviso 4, FSE-PONFSE-POR)	5	2	7
Donazioni	7	5	12
Trasferimento fondi da privati	4	4	8
Raccolte fondi promosse in ambito zonale	3	2	5
Raccolte fondi promosse in ambito comunale	3	4	7
Altro (donazione beni)	3	0	3
Totale rispondenti	17	15	32

3. L'INDAGINE AI COMUNI SULLA GESTIONE DEI SERVIZI SOCIALI

Durante la prima fase emergenziale

In parallelo rispetto all'indagine condotta dall'Osservatorio Sociale Regionale sulla gestione pandemica da parte dei Servizi sociali, anche in considerazione del ruolo giocato dagli Enti locali nella gestione emergenziale e di alcuni strumenti di risposta, all'interno delle Zone distretto e Unioni comunali è stata strutturata una rilevazione rivolta ai Comuni.

L'indagine, che si è concentrata sugli effetti dell'emergenza Covid-19 e sul modo in cui i servizi hanno dato risposta a vecchie e nuove domande sociali, ha approfondito quattro dimensioni:

- Stato dei servizi ordinari in applicazione della circolare 1/2020;
- Nuovo assetto servizi per far fronte all'emergenza: nuovi servizi attivati in fase di emergenza Covid-19, le modalità di gestione, il modo in cui è stata organizzata la risposta;
- Valutazioni del modello di risposta in fase di emergenza;
- Assetto programmato per la fase post-emergenza.

Il campione individuato fornisce un'immagine rappresentativa dei diversi territori della regione per quanto concerne il dimensionamento demografico e il grado di urbanizzazione, pur nella consapevolezza che l'impatto dell'emergenza sanitaria ha avuto effetti e impatti fortemente diversificati, di cui la presente lettura riuscirà verosimilmente a coglierne con buona approssimazione

i principali fenomeni. In generale, i risultati presentati in questa sede fanno riferimento ad un campione di 36 comuni, cui corrisponde il 34,1% della popolazione presente a livello regionale¹.

TABELLA 3.1A - CAMPIONE DI INDAGINE IN ZONE DISTRETTO CON SOCIETÀ DELLA SALUTE. POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO DEL CAMPIONE: 1.273.545. QUOTA % SU TOTALE TOSCANA: 34,1%

AREA VASTA: CENTRO			
ZONA DISTRETTO	COMUNE	GESTIONE ASSOCIATA SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI	GRADO DI URBANIZZAZIONE
Fiorentina Nord-Ovest	Sesto Fiorentino	SdS	Piccole città e sobborghi o zone a densità intermedia di popolazione
Fiorentina Sud-Est	Bagno a Ripoli	Convenzione*	Piccole città e sobborghi o zone a densità intermedia di popolazione
	Fiesole		Piccole città e sobborghi o zone a densità intermedia di popolazione
Mugello	Borgo San Lorenzo	SdS	Piccole città e sobborghi o zone a densità intermedia di popolazione
Pistoiese	Pistoia	SdS	Piccole città e sobborghi o zone a densità intermedia di popolazione
	Quarrata		Piccole città e sobborghi o zone a densità intermedia di popolazione
Val di Nievole	Montecatini Terme	SdS	Piccole città e sobborghi o zone a densità intermedia di popolazione
	Pescia		Piccole città e sobborghi o zone a densità intermedia di popolazione

* Società della Salute costituita nel gennaio 2021

¹ L'indagine è stata condotta tra luglio e ottobre 2020, attraverso un questionario semi-strutturato somministrato telefonicamente a responsabili e referenti dei Servizi sociali comunali. Il piano di campionamento iniziale aveva previsto il coinvolgimento di un numero più ampio di Comuni, tuttavia il periodo di forte carico sul sistema dei Servizi e sulle strutture impegnate nella gestione emergenziale ha comportato un parziale ridimensionamento del numero di enti coinvolti. In questa sede si ringraziano i molti operatori e operatrici che si sono resi disponibili nonostante il periodo di forte pressione e di forte stress emotivo causato dalla ondata pandemica in corso.

TABELLA 3.1.B - CAMPIONE DI INDAGINE IN ZONE DISTRETTO CON SOCIETÀ DELLA SALUTE. POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO DEL CAMPIONE: 1.273.545. QUOTA % SU TOTALE TOSCANA: 34,1%

AREA VASTA: NORD OVEST			
ZONA DISTRETTO	COMUNE	GESTIONE ASSOCIATA SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI	GRADO DI URBANIZZAZIONE
Apuane	Carrara	Convenzione	Piccole città e sobborghi o zone a densità intermedia di popolazione
	Massa		Città o zone densamente popolate
Alta Val di Cecina-Valdera	Volterra	SdS	Piccole città e sobborghi o zone a densità intermedia di popolazione
Elba	Portoferraio	Convenzione	Piccole città e sobborghi o zone a densità intermedia di popolazione
Livornese	Livorno	Convenzione	Città o zone densamente popolate
Lunigiana	Aulla	SdS	Piccole città e sobborghi o zone a densità intermedia di popolazione
	Pontremoli		Zone rurali o zone scarsamente popolate
Piana di Lucca	Capannori	Convenzione	Piccole città e sobborghi o zone a densità intermedia di popolazione
Pisana	Pisa	SdS	Città o zone densamente popolate
Valle del Serchio	Barga	Convenzione	Piccole città e sobborghi o zone a densità intermedia di popolazione
Valli Etrusche	Cecina	SdS	Piccole città e sobborghi o zone a densità intermedia di popolazione
	Piombino		Piccole città e sobborghi o zone a densità intermedia di popolazione
Versilia	Camaione	Convenzione	Piccole città e sobborghi o zone a densità intermedia di popolazione
	Viareggio		Piccole città e sobborghi o zone a densità intermedia di popolazione

TABELLA 3.1.C - CAMPIONE DI INDAGINE IN ZONE DISTRETTO CON SOCIETÀ DELLA SALUTE.
POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO DEL CAMPIONE: 1.273.545. QUOTA % SU TOTALE TOSCANA:
34,1%

AREA VASTA: SUD EST			
ZONA DISTRETTO	COMUNE	GESTIONE ASSOCIATA SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI	GRADO DI URBANIZZAZIONE
Aretina-Casentino-Val Tiberina	Arezzo	Convenzione	Città o zone densamente popolate
	Bibbiena		Zone rurali o zone scarsamente popolate
	Sansepolcro		Piccole città e sobborghi o zone a densità intermedia di popolazione
Alta Val d'Elsa	Poggibonsi	SdS	Piccole città e sobborghi o zone a densità intermedia di popolazione
Amiata Grosseta- na-Colline Metallife- re-Grossetana	Castel del Piano	SdS	Zone rurali o zone scarsamente popolate
	Grosseto		Città o zone densamente popolate
Amiata Senese e Val d'Orcia-Valdichiana Senese	Abbadia San Salvatore	SdS	Piccole città e sobborghi o zone a densità intermedia di popolazione
	Chianciano Terme		Piccole città e sobborghi o zone a densità intermedia di popolazione
	Chiusi		Piccole città e sobborghi o zone a densità intermedia di popolazione
Colline dell'Albegna	Orbetello	Convenzione	Zone rurali o zone scarsamente popolate
Senese	Montepulciano	SdS	Piccole città e sobborghi o zone a densità intermedia di popolazione
	Siena		Piccole città e sobborghi o zone a densità intermedia di popolazione
Valdarno	Laterina Pergine	Convenzione	Zone rurali o zone scarsamente popolate
	Montevarchi		Piccole città e sobborghi o zone a densità intermedia di popolazione

Dei Comuni rispondenti all'indagine, 20 hanno una gestione integrata dei Servizi attraverso la Società della Salute, mentre negli altri 16 casi la gestione dei servizi sociali (in parte o in altre forme più o meno prevalenti) avviene attraverso convenzioni con l'Azienda USL o mediante Unione di Comuni.

La gestione organizzativa diretta e singola dei servizi sociali rappresenta una forma residuale e rivolta soprattutto a singoli strumenti assistenziali di natura perlopiù monetaria (p.e. contributi per l'affitto). Tali evidenze hanno quindi inciso sui modelli organizzativi della gestione emergenziale che, come

conseguenza, hanno perlopiù confermato coordinamento e gestione di scala sovracomunale e zonale, in particolar modo in quei territori caratterizzati dalla presenza della Società della Salute.

Durante la prima fase emergenziale, una eccezione a quanto detto è rinvenibile soprattutto nella gestione ed erogazione di buoni spesa e pacchi alimentari ex Ordinanza n.658 del 29 marzo 2020 della Protezione civile, che ha distribuito le risorse direttamente ai singoli Comuni (400 milioni complessivi, di cui 21,4 destinati per la Toscana, rispetto ai quali i Comuni hanno ulteriormente integrato risorse proprie). Secondo una precedente rilevazione condotta da ANCI Toscana², sono stati oltre 50mila i nuclei familiari assistiti dai Comuni della regione con gli aiuti alimentari nelle prime settimane di attuazione, mentre è stato stimato in 15 mila il numero di nuclei familiari che non ha potuto beneficiare della misura per scarsità di risorse. Un impegno notevole per i Servizi, che hanno così cercato di individuare ed aiutare anche chi non rientrava nelle casistiche già conosciute, ma che si è trovato momentaneamente in difficoltà – in seguito a cassa integrazione o perdita di lavoro – per la crisi legata al Covid-19. Scendendo nel dettaglio dell'indagine ANCI, il 73% dei Comuni ha scelto di erogare buoni spesa; il 19% ha optato per la modalità mista (buoni e pacchi) e solo il 5% ha optato per i pacchi alimentari in modalità esclusiva. Il 53% dei Comuni si è avvalso della collaborazione del Terzo settore.

3.1. La riorganizzazione dei Servizi e gli impatti dell'emergenza sui bisogni

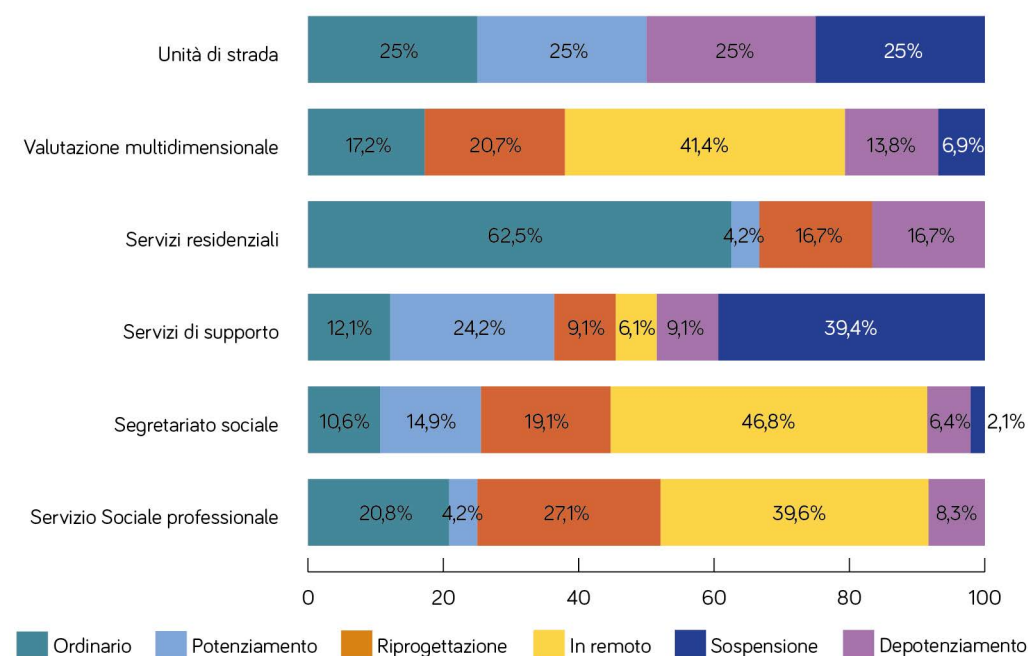
La circolare 1/2020 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ha comportato un complessivo riassetto dei Servizi, con l'obiettivo di assicurare la continuità delle attività essenziali e una rimodulazione degli interventi non prioritari. Il documento richiama anche alcune aree di intervento di particolare rilevanza cui indirizzare gli sforzi tesi ad assicurare le prestazioni sociali: senza dimora, domiciliarità, segretariato sociale e violenza domestica.

Dal grafico successivo è interessante notare come per l'intero servizio sociale professionale e la principale attività di front office con i cittadini, il segretariato sociale, emerge una forte dispersione tra le modalità di riorganizzazione all'interno delle categorie proposte, segnale – verosimilmente – di 'reazioni organizzative' di natura individuale e spontanee adottate dai singoli Comuni durante la prima fase emergenziale.

² Cfr. https://ancitoscana.it/images/20200424_Solidarieta_alimentareFocusRisorse.pdf

La sospensione dei servizi ha prevalentemente riguardato “servizi di supporto” (ad esempio i trasporti sociali), rispetto ai quali però si segnalano allo stesso tempo alcune aree di potenziamento, riguardanti una serie di attività di consegna a domicilio di beni di prima necessità, pasti medicinali e mascherine in primis. La riorganizzazione dei servizi attraverso gestione in remoto ha coinvolto soprattutto il segretariato sociale (22 comuni), e la valutazione multidimensionale (12 comuni). I servizi residenziali hanno mantenuto una sostanziale continuità per circa i 2/3 dei rispondenti, anche se tale casistica non fa verosimilmente riferimento ai nuovi inserimenti in strutture, gestiti in questa fase soltanto per i casi di urgenza. Tra gli altri servizi segnalati dai rispondenti, ricorre con frequenza l'attività educativa per minori e per alunni con disabilità, in larga parte riorganizzata in modalità remota.

FIGURA 3.2 - MODALITÀ DI RIORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI DURANTE LA FASE EMERGENZIALE. VAL. % SU TOTALE RISPOSTE VALIDE



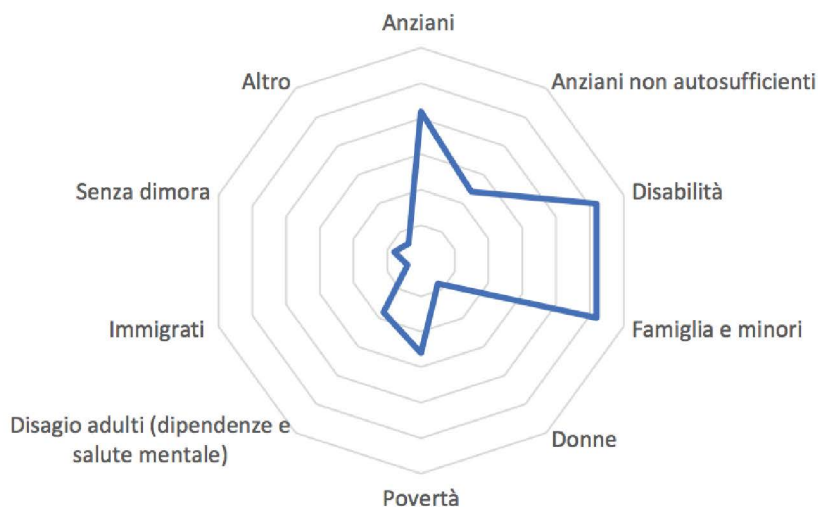
Tale riassetto, ha inevitabilmente acuito le difficoltà per alcune aree di utenti, in particolar modo le persone con disabilità e gli anziani (i quali hanno risentito soprattutto della parziale sospensione dei nuovi inserimenti residenziali e dei centri diurni, senza dimenticare il ‘peso’ del blocco delle visite dei familiari

all'interno delle RSA); famiglie e minori, che di converso sono stati colpiti sia sul fronte economico attraverso l'interruzione di molte attività, che dalla sospensione delle attività scolastiche in presenza e dei centri di socializzazione; la riorganizzazione dei Servizi ha poi impattato con maggiore intensità anche su alcune aree della marginalità degli adulti e dell'integrazione sociosanitaria, in particolare quelle legate alle povertà, all'immigrazione, alle dipendenze e alla salute mentale.

Rispetto al tema delle povertà e delle difficoltà vissute dalle famiglie, da questa indagine – ma non solo³ – si sottolinea l'emersione di nuove fragilità legate soprattutto all'impatto economico della pandemia: commercianti, partite Iva, lavoratori stagionali rappresentano quelle categorie spiazzate dal blocco delle attività e, allo stesso tempo, dalla mancanza di ammortizzatori sociali loro dedicati. A questo elemento, dirimente e che chiama in causa aspetti più ampi del sistema di welfare italiano, perlopiù categoriale e attrezzato per rispondere alle dinamiche del lavoro dipendente, si è aggiunto in alcuni casi anche la difficoltà di intercettare le nuove esigenze, a causa della scarsa conoscenza di tali canali di supporto o di elementi legati a vergogna e stigma sociale vissuti da parte delle categorie richiamate.

³ Si veda l'approfondimento L'aumento delle disuguaglianze in tempo di pandemia pubblicato su Welforum.it dall'Istituto di Ricerca Sociale <https://bit.ly/3IZ2OwQ>

FIGURA 3.3 - AREE DI UTENZA E BISOGNO MAGGIORMENTE PENALIZZATE DALLA RIORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

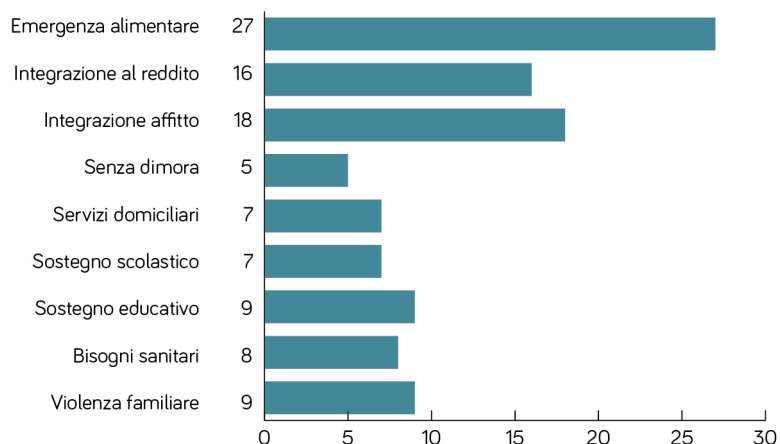


Il successivo elemento di analisi riguarda i bisogni emersi a partire dal lockdown di marzo 2020, e dal conseguente blocco di molte attività economiche non legate a filiere e servizi essenziali che hanno prodotto una significativa riduzione – o annullamento totale – dei flussi di reddito per famiglie e imprese.

Conseguentemente, i Servizi si sono trovati a gestire una domanda legata soprattutto ai bisogni essenziali, come quelli alimentari e di sostegno al reddito, anche se vengono segnalati bisogni strettamente consequenziali agli interventi previsti dai vari DPCM e ordinanze regionali, come il sostegno educativo e scolastico (particolarmente cogenti visto il blocco della didattica in presenza), i servizi domiciliari (si pensi, soprattutto, a quelli predisposti in sostituzione delle attività svolte nei centri diurni per persone con disabilità e non autosufficienti) e le richieste di aiuto per casi di violenza domestica, uno degli ambiti considerati fin da subito a maggiore rischio in virtù delle misure di confinamento in casa.

I BISOGNI EMERSI

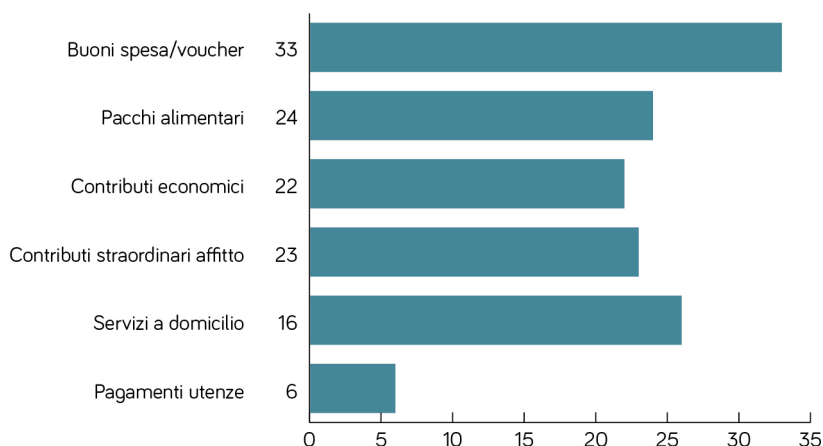
FIGURA 3.4 – I PRINCIPALI BISOGNI EMERSI DURANTE LA PRIMA FASE EMERGENZIALE



A partire dai bisogni rilevati, i Comuni hanno indicato nei buoni spesa, nei voucher e nella distribuzione di pacchi per l'emergenza alimentare, le categorie di servizi più richiesti, a conferma di un'emergenza sociale oltre che sanitaria. Tali interventi hanno visto fin da subito una sinergia con il volontariato locale, impegnato soprattutto nelle attività di consegna a domicilio, tanto ai nuclei familiari in condizioni di indigenza quanto a coloro che si trovavano in stato di quarantena, e quindi impossibilitati a lasciare il domicilio. Da questo punto di vista, la ricchezza del Terzo settore – quantitativa e qualitativa – ha consentito alle Istituzioni coinvolte nella gestione degli aiuti alimentari (Comuni, Società della Salute e Aziende USL) di garantire un servizio capillare, rapido ed efficace sull'intero territorio, tanto nelle aree urbane che in quelle caratterizzate da maggiore dispersione della residenza.

Oltre alla distribuzione di generi alimentari, occorre ricordare anche gli altri servizi di natura domiciliare che hanno visto coinvolte le reti solidaristiche locali: consegna farmaci, mascherine e altri generi di prima necessità, pagamento utenze, accudimento animali domestici per persone ricoverate e/o in quarantena, attività telefonica di ascolto e sostegno psicologico.

FIGURA 3.5 - I SERVIZI PIÙ RICHIESTI DURANTE LA PRIMA FASE EMERGENZIALE



Il coinvolgimento del Terzo Settore nell'organizzazione della risposta emergenziale è stato dunque fondamentale e, anche grazie a una consolidata tradizione di collaborazione con le Amministrazioni, ciò ha consentito di attivare interventi tempestivi ed efficaci. Di conseguenza, numerose sono state le iniziative dal basso che hanno dato vita a una serie di interventi, in parte integrativi e in parte sovrapposti, a quelli attuati dagli enti locali.

La rilevazione ha inoltre consentito di cogliere alcuni bisogni che spesso risultano difficili da intercettare. Trattandosi di una domanda aperta, l'utilizzo della nuvola di parole permette di mettere in evidenza i concetti più ricorrenti nelle riflessioni degli intervistati. Come possiamo notare, accanto alle già richiamate questioni economiche o alle criticità che coinvolgono i soggetti anziani, emergono con forza i temi della violenza domestica, dei bambini e dei minori e degli aspetti psicologici.

FIGURA 3.6 – NUVOLE DI PAROLE SULLE PRINCIPALI AREE DI BISOGNO



Nel complesso, l'opinione dei rispondenti è comunque positiva rispetto alla capacità di coprire i nuovi bisogni. Soltanto 5 comuni hanno espresso un giudizio insufficiente mentre 9 hanno descritto una copertura parziale (tra il 50 e il 60% delle nuove esigenze). La situazione è stata decisamente migliore nei restanti comuni: 7 presentano una copertura abbastanza consistente (tra il 60 e il 75%), mentre 12 dichiarano di essere riusciti a coprire oltre il 75% delle criticità.

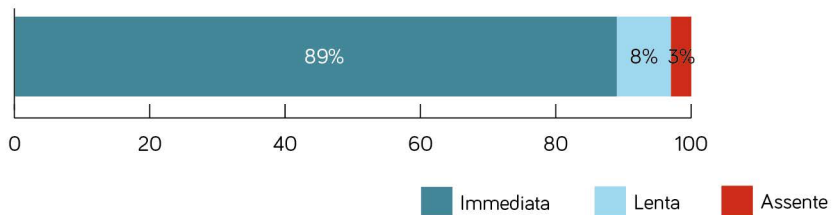
Anche in questo caso si tratta di rielaborazioni a partire da risposte qualitative, i dati non possono quindi essere pienamente interpretati in senso numerico, ma costituiscono una proxy della percezione dei soggetti sul campo. Inoltre, soprattutto dove le risposte sono state parziali, come tutte le medie, il risultato nasconde una certa varianza rispetto al tipo di servizio mentre tutti i rispondenti sottolineano come, nonostante l'impegno e i risultati complessivamente positivi, la scarsità delle risorse (ed il loro rifinanziamento) rappresenti una criticità rilevante.

3.2. Il coordinamento degli interventi

Il già richiamato rapporto sinergico con il Terzo Settore che ha caratterizzato quasi ovunque l'organizzazione della risposta emergenziale volge in causa la capacità delle amministrazioni di coordinamento e regia dei diversi interventi, al fine di fornire una risposta unitaria e coerente. A tal proposito, circa l'89% del campione (32 Comuni) afferma che tale integrazione sia avvenuta immediatamente e in maniera naturale, sottolineando in alcuni casi la tem-

pestività con cui il Terzo Settore è stato in grado di mobilitare la propria base sociale: [...] “per la consegna delle mascherine, in due ore abbiamo messo insieme 150 volontari” (intervista referente comunale Servizi sociali).

FIGURA 3.7 - INTEGRAZIONE CON IL TERZO SETTORE PER ATTIVARE RISPOSTE E MISURE INTEGRATE



Il tema dell'integrazione degli interventi e tra i diversi Enti chiamati ad attuarli è stata oggetto specifico di analisi all'interno dell'indagine, e i principali risultati confermano quanto già osservato nell'indagine zonale. Come anticipato poco sopra, i Servizi sociali comunali hanno trovato immediata interlocuzione e collaborazione con i soggetti associativi e con gli enti caritativi e religiosi del territorio.

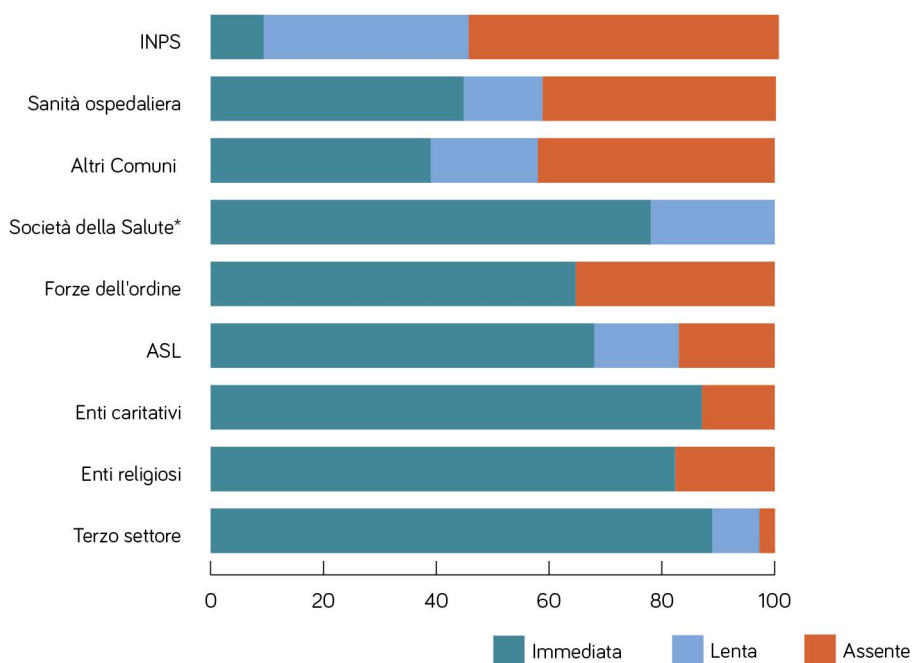
Per quanto riguarda la gestione degli interventi di natura sociale e socio-sanitaria, i Comuni caratterizzati da tale forma di gestione associata, evidenziano una immediata integrazione con la SdS, anche se con qualche eccezione attribuita però dai rispondenti alla contestuale fase emergenziale che ha reso oggettivamente più complesse le modalità tradizionali di collaborazione e coordinamento. La collaborazione con altri Comuni ha invece riguardato essenzialmente lo scambio di informazioni relative alle pratiche organizzative e operative messe in campo. L'integrazione con l'Azienda USL, ma anche con la sanità ospedaliera, non ha presentato particolari punti di criticità, riconoscendo i Comuni anche l'enorme carico che ha investito tali strutture dal punto di vista sanitario. Per i Comuni associati in Società della Salute tale relazione è stata vissuta all'interno di tale modalità di governance.

L'INTEGRAZIONE DEGLI INTERVENTI

Maggiori difficoltà sono state invece segnalate in relazione al rapporto con l'INPS, per le necessarie comunicazioni relative anche ad alcuni strumenti di supporto gestiti dall'Ente previdenziale durante la fase emergenziale: il principale aspetto richiamato riguarda la difficoltà ad individuare e a interloquire con referenti territoriali competenti sui diversi aspetti di interesse.

Laddove attivati, ad esempio con riferimento a episodi di violenza in famiglia, anche i rapporti con le Forze dell'Ordine sono stati giudicati positivi e tempestivi.

FIGURA 38 - INTEGRAZIONE TRA ENTI/ISTITUZIONI PER ATTIVARE RISPOSTE E MISURE INTEGRATE



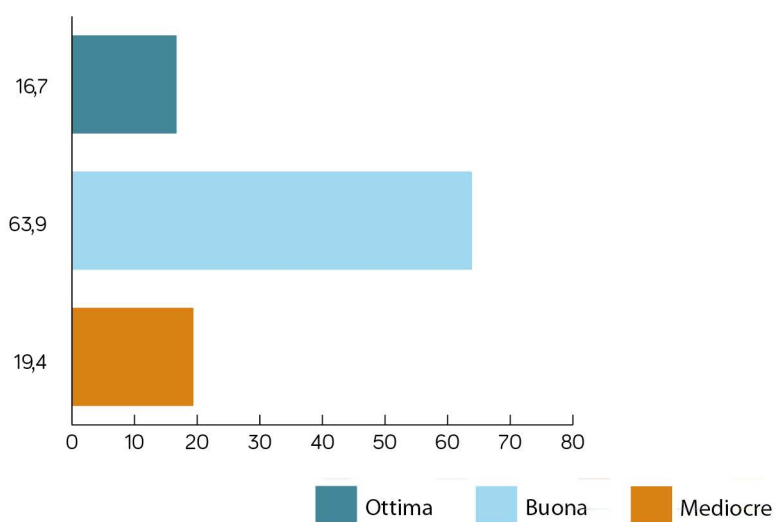
* Risposte riferite ai 20 Comuni caratterizzati da gestione associata dei servizi mediante SdS

3.3. L'autovalutazione dei modelli di risposta all'emergenza

Dalla rilevazione emerge con chiarezza un forte stress, non soltanto in termini di carico assistenziale, ma anche emotivo che ha coinvolto operatrici e operatori del Sociale. Pur all'interno di tale dinamica, l'aspetto emergenziale sembrerebbe comunque aver tirato fuori una forte motivazione nella fase di attivazione straordinaria richiesta dalla situazione. Con una sorta di 'spontaneismo organizzato', su cui torneremo più avanti, i modelli si sono ri-orientati per rispondere a una situazione mai sperimentata, con le difficoltà legate alle necessità di isolamento e distanziamento fisico, con una parte di servizi gestiti da remoto e attraverso lo *smart working*.

Il giudizio che complessivamente emerge dai rispondenti rispetto a quanto si è potuto, e saputo, fare durante l'emergenza è sostanzialmente positivo, pur non mancando la messa in evidenza di fattori che pure hanno rallentato oppure ostacolato alcuni interventi, come la carenza strutturale di personale, la scarsa dotazione di attrezzature informatiche, o ancora la farraginosità di alcune procedure che hanno provocato un appesantimento di percorsi che – tanto più in una fase di emergenza – necessitavano di essere snelliti, consentendo di arrivare tempestivamente a raccogliere le istanze dei cittadini. Chi ha espresso una valutazione negativa sottolinea accanto agli aspetti strutturali (burocrazia, supporto informatico e tecnologico, personale) anche un certo disinteresse nei confronti di coloro che, alla pari di assistenti sociali e sanitari, hanno contribuito attivamente all'organizzazione e gestione delle risposte: *“All'inizio sembrava un terremoto, e tutti hanno dato la propria completa disponibilità, però finita la fase emergenziale non c'è stato un riconoscimento di nessun tipo, continuiamo a essere in uffici poco considerati. Anche un minimo riconoscimento avrebbe avuto valore”*.

FIGURA 3.9 – GIUDIZIO SULLA TENUTA DEI SERVIZI



Un altro aspetto rilevante riguarda la dimensione organizzativa. La riorganizzazione dei servizi, le criticità dei soggetti più deboli e l'emergere di nuove fragilità, in un contesto di crisi sanitaria prima ed economica poi, hanno inevitabilmente condizionato la qualità del lavoro degli operatori dei servizi. Tuttavia, sebbene soltanto 9 comuni non abbiano segnalato situazioni di stress

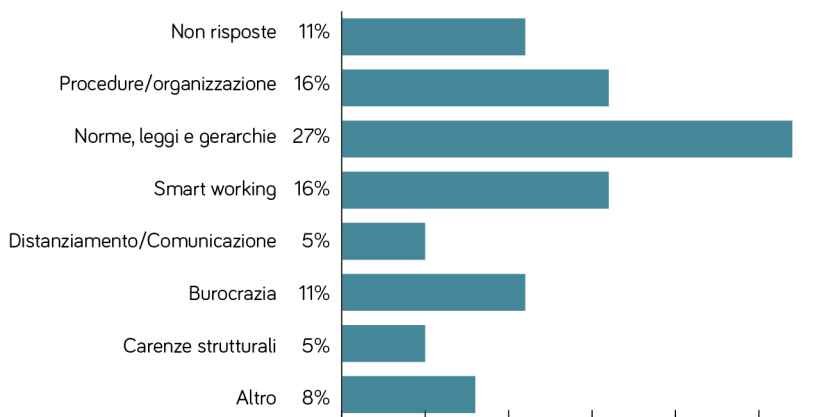
psicologico, nella maggior parte dei casi non è stata promossa nessuna risposta pubblica, mentre in 7 enti locali hanno visto l'attivazione di forme di supporto. Nonostante ciò, l'analisi delle interviste conferma l'assenza di un legame tra stress e qualità delle risposte assistenziali, la percezione delle comuni difficoltà e la consapevolezza dell'importanza delle attività messe in campo sembrano bilanciare le criticità organizzative: *“C'è stata molta attivazione e riconoscimento sociale. [...] il gruppo è unito nello stesso luogo di lavoro, e questo ha sedimentato le dinamiche di gruppo”* e ancora: *“Quasi tutti gli operatori che potevano sono rimasti in servizio in presenza, lo stress era alto ma si è fronteggiato con il lavoro di squadra”*.

Se, come abbiamo visto, la valutazione dell'offerta di nuovi servizi e delle capacità di risposta ai nuovi (vecchi e nuovi) descrive la resilienza dei sistemi locali, l'analisi delle criticità restituisce una mappa più eterogenea, dove le diverse dimensioni strutturali (personale e infrastrutture digitali), orografiche, demografiche (caratteristiche della popolazione), economiche e relazionali (presenza e forza del Terzo Settore, capitale sociale locale) interagiscono in maniera diversa tra loro, restituendo un'immagine frammentata delle difficoltà.

In generale, la questione legata alla cd. 'burocrazia' (che da sola rappresenta l'11% delle risposte), alla quale si aggiunge, da un lato, l'insieme di norme, leggi e gerarchie e, dall'altro, di aspetti legati a procedure e organizzazione, sembrano rappresentare oltre la metà delle criticità riscontrate. Si tratta di un dato rilevante, che evidenzia come, senza una diversa concezione dei servizi, davanti a crisi improvvise, la sola volontà degli operatori non sembra sufficiente. In altre parole, se tale rilevazione ha messo in evidenza l'importanza dei processi *bottom-up* da parte di coloro che si sono trovati in prima linea, senza un complessivo ridisegno del sistema dall'alto, tali sforzi rischiano di essere vanificati.

A questo proposito, emerge la necessità di un ruolo di forte regia e coordinamento degli interventi da parte istituzionale: *“Siamo ancora totalmente in emergenza, non abbiamo possibilità ancora di programmare il post perché il carico di lavoro che anche gli altri enti (compresa la Regione) chiedono ai Comuni di fronteggiare non permette assolutamente di poter dedicare tempo e risorse per la programmazione di lungo periodo. I Comuni spesso si trovano a dover gestire in un unico ufficio più servizi diversi con scadenze immediate”*.

FIGURA 3.10 – PRINCIPALI ELEMENTI DI CRITICITÀ DURANTE LA FASE EMERGENZIALE



Scendendo nel dettaglio, per quanto concerne la dimensione delle “risorse umane”, le criticità principali hanno riguardato la carenza di personale strutturato (in 22 comuni), la mancanza di dispositivi di sicurezza (19) ed episodi di “paura della malattia” (18).

Spostando l'attenzione sugli aspetti amministrativi, come anticipato, la principale difficoltà ha riguardato le procedure gestionali legate all'utilizzo dei fondi di emergenza nazionali (14) e il coordinamento e le risposte integrate con altri soggetti istituzionali (14) mentre per quanto concerne gli aspetti tecnologici, le principali difficoltà sono state dovute all'attivazione di postazioni di *smart working*, derivanti dalla mancanza di Pc e collegamenti internet (22), e l'attivazione di linee telefoniche dedicate per fronteggiare l'emergenza (12).

3.4. Gli apprendimenti per il post Pandemia

L'ultima parte dell'indagine rivolta ai Comuni è stata dedicata alle considerazioni sulle linee di riassetto del sistema in fase post-emergenza, alla luce degli apprendimenti e della prassi elaborate durante la fase di gestione emergenziale.

In altre parole, l'obiettivo è stato quello di comprendere quanto il carico assistenziale e le tensioni portate dagli effetti della gestione dell'emergenza Covid-19 abbiano portato i Servizi su modalità organizzative e di erogazione degli interventi differenti, azzarderemmo dire più efficaci, che possono utilmente essere messe a sistema anche nella fase post pandemica.

LE BUONE PRASSI

A detta degli intervistati, le buone prassi emerse hanno riguardato in particolare la gestione del personale, l'organizzazione e gli aspetti informatici, dimensioni verosimilmente caratterizzate da difficoltà strutturali che hanno costretto gli operatori a fare di 'necessità virtù'. In altre parole, a fronte di una carenza storica di figure dedicate, davanti a un incremento improvviso e consistente della domanda di servizi, anche l'offerta ha dovuto adeguarsi in maniera rapida. Così, sebbene ciò richiami un certo spontaneismo, allo stesso tempo si sono aperti margini per processi di innovazione sociale *bottom-up*, tanto dal punto di vista organizzativo quanto rispetto alla gestione delle relazioni con il Terzo settore.

Emerge infatti un *patchwork* di interventi, strategie e relazioni che confermano la vitalità dei territori. Senza pretesa di esaustività, le riflessioni degli intervistati fotografano situazioni peculiari ma certamente comuni a molte aree della Toscana.

Procedendo in maniera schematica, dal punto di vista delle risorse umane e dell'amministrazione:

- “La gestione del servizio è stata buona, perché nel giro di pochi giorni abbiamo inventato una procedura e nuove linee telefoniche”;
- “Il comune (e la zona) hanno già maturato un'esperienza in eventi straordinari passati (es. alluvioni). Protezione civile e Terzo settore sono anche finalizzate a questo tipo di attività”;
- “Lavoro e spirito di gruppo supportato anche da altri servizi (che rispetto al sociale avevano un carico minore) e sono venuti a dare mano. Qui è intervenuto anche il Sindaco”;
- “Assoluta disponibilità del personale anche al di là del proprio ruolo per fronteggiare le situazioni più disparate”;
- “Protocolli pronti per eventuali nuove emergenze”.
- Dal punto di vista delle relazioni con gli altri attori, delle istituzioni e del volontariato, e per quanto riguarda il ruolo di regia dei primi cittadini:
- “La rete. Nel senso che anche con la SdS e col volontariato il rapporto era quotidiano e si è fatto un ottimo lavoro, facendo rete”;

- “Abbiamo delle procedure molto strutturate e funzionali, e la disponibilità di personale con delle competenze avanzate che ha permesso di lavorare molto velocemente sulle procedure amministrative anche nella fase più critica”;
- “Il supporto dei referenti politici ha contribuito a rendere più efficace la risposta e motivare il personale”;
- “Gestione più stretta delle relazioni con la SdS”;
- “L'organizzazione ha retto bene, sarebbe opportuno mantenere i collegamenti col Terzo settore che si sono creati”;
- “Sicuramente i tavoli di coordinamento. Soprattutto riguardo la componente sanitaria. E gestione persone in carico insieme alla Protezione Civile”;
- “Le convenzioni strutturate già in atto hanno permesso di velocizzare e potenziare le risposte e questa modalità viene sempre alimentata”;
- “Forte collaborazione con il Terzo settore, che ha permesso di sperimentare e testare convenzioni su bisogni e progetti in emergenza”.

Dal punto di vista informatico:

- “Pensavo fossero meno pronti ma invece la risposta è stata buona. Hanno acquistato nuovi computer e un nuovo server”;
- “Le modalità di lavoro a distanza (esempio le udienze nei tribunali) possono essere mantenute per ottimizzare il lavoro del personale”;
- “Forme di prevenzione attraverso un supporto a distanza utilizzando nuove modalità per intercettare i bisogni.

I risultati di questo ‘spontaneismo organizzato’ sono stati la creazione di nuovi empori di solidarietà, la riorganizzazione dei dormitori e delle reti con supermercati e negozi. Ma anche l'attivazione di nuove caselle di posta elettronica e canali di assistenza telefonica per garantire un accesso digitale e mantenere un contatto con l'utenza, sia per i servizi tradizionali sia per le nuove esigenze (come buoni spesa, consegna farmaci e spesa a domicilio) o una diversa gestione dei bandi e dei colloqui a distanza. Si tratta certamente di innovazioni dal basso che non hanno la pretesa di condurre a una riorganizzazione del sistema (che è compito di altri livelli) ma che sottolineano

marginari di flessibilità che spesso non rientrano nel discorso pubblico e che evidenziano una buona resilienza di tali Organizzazioni.

Un'ultima fondamentale dimensione emersa dalla voce dei Comuni riguarda il futuro. Come abbiamo visto, la pandemia ha messo in difficoltà interventi di routine ma ha anche portato all'emersione di nuove criticità e nuovi bisogni che, con tutta probabilità, si consolideranno nei prossimi anni. Anche in questo caso, l'obiettivo non è quello di creare una gerarchia delle necessità o di stimare l'impatto delle nuove esigenze, quanto piuttosto quello di raccontarle per portarle alla luce.

FIGURA 3.11 - NUVOLA DI PAROLE SUI BISOGNI CHE SI CONSOLIDERANNO NEL PROSSIMO FUTURO



La programmazione della fase post-Covid dovrà quindi tenere in considerazione anche questi aspetti. Così, accanto al sostegno a persone con disabilità e anziani, soprattutto se non autosufficienti, emergono nuove sfide:

- La povertà e la disuguaglianza, che si concretizzano nell'emergenza abitativa, nelle difficoltà economiche, nella precarietà dell'occupazione, nell'inserimento lavorativo, nei tirocini sociali, e che oltre ai soggetti tradizionalmente più deboli (pensiamo ad esempio ai senza dimora e ai migranti) colpiscono nuove fasce della popolazione, come i lavoratori stagionali, i lavoratori auto-

nomi e del commercio. E questo richiede anche un differente sistema di monitoraggio dei dati e nuovi indicatori, per cogliere dimensioni latenti. La sospensione e/o revoca di strumenti quali il blocco degli sfratti e dei licenziamenti rappresentano una variabile sotto stretta osservazione da parte dei Servizi, perché a partire da ciò potrebbe verificarsi una forte ascesa di richieste relative al sostegno economico.

- Il sostegno socio-educativo ai bambini e i servizi scolastici.
- Il sostegno psicologico.
- La questione delle vittime di violenza domestica, acuita dal lockdown e dalla riduzione degli incontri in presenza con gli operatori.
- La prevenzione personalizzata.

A conclusione di questa sezione, volta a rilevare soprattutto le buone pratiche emerse durante la fase emergenziale, è quindi possibile evidenziare i principali aspetti di valore richiamati dai referenti dei servizi sociali di ambito comunale, andando a ricercare inoltre gli evidenti punti di contatto che emergono rispetto alla parallela rilevazione condotta dall'Osservatorio Sociale Regionale su scala zonale.

L'effetto 'spiazzamento' sui Servizi provocato dal lockdown e dalla Circolare 1/2020 del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali ha effettivamente comportato significative difficoltà di adattamento alla nuova situazione, progressivamente superate – in tutto o in parte – dalla messa a sistema di pratiche organizzative e professionali nuove, frutto tanto di adattamenti spontanei che di strategie più elaborate. I primi, frutto della prima 'reazione' organizzativa, hanno beneficiato del forte *commitment*, dell'impegno dei professionisti sociali in una situazione immediatamente avvertita come straordinaria e di impatto sulle comunità. Anche se alcuni interventi sono stati gestiti in ambito comunale (soprattutto per la gestione dell'emergenza alimentare), fin da subito i coordinamenti zonali – soprattutto negli ambiti caratterizzati da Società della Salute – si sono attivati per rendere coerenti e omogenei i diversi interventi. Allo stesso tempo, il coordinamento con altri soggetti ha rappresentato un altro degli aspetti positivi emersi dall'indagine; il rapporto con il Terzo settore, in particolare, ha consentito di dare flessibilità e tempestività agli interventi.

L'impegno e il lavoro di squadra della primissima fase, in parte frustrati da quella che è stata evidenziata come una mancanza di riconoscimento sociale

del lavoro svolto, hanno poi esitato successivamente in procedure maggiormente *pensate* rispetto all'emergenza in corso, pur in presenza di difficoltà strutturali precedenti rispetto alla pandemia: carenza di personale e dotazioni informatiche, procedure eccessivamente complesse, su tutte.

Così come evidenziato anche dall'indagine zonale, la rimodulazione dei servizi ha impattato negativamente soprattutto su quelle categorie di utenza caratterizzate da maggiore fragilità e su cui insistono maggiormente interventi di natura semiresidenziale e diurna: persone con disabilità, anziani, minori. Allo stesso tempo, sono emerse con forza nuove aree di bisogno di natura soprattutto economica, con un'utenza completamente sconosciuta ai Servizi e su cui insistono criticità anche rispetto alla modulazione degli interventi: si pensi all'integrazione del reddito o per il pagamento dell'affitto basati su attestazioni reddituali o di contratti di affitto, casistiche che si sono nei fatti scontrate con situazioni quali la locazione in nero, il lavoro irregolare, oppure intermittente, stagionale, autonomo. Questo aspetto ha fatto emergere quindi due riflessioni da parte dei referenti comunali, da un lato sulla necessità di elaborare strumenti nuovi di rilevazione dei bisogni in grado di intercettare questi aspetti, dall'altro la ormai non più rimandabile riforma di strumenti di welfare basati perlopiù su forme contrattuali di lavoro dipendente, perdendo di vista la galassia di situazioni parasubordinate o autonome prive di analoghe tutele.

In sintesi, possiamo mettere in evidenza alcuni spunti e indicazioni emerse dall'indagine, utili per riorganizzare i Servizi nel post-emergenza e per renderli maggiormente resilienti rispetto a eventuali ulteriori shock analoghi:

Mettere a sistema lo spontaneismo, provando a definire percorsi organizzati in grado di leggere e interpretare debolezze organizzative e/o relative alla rilevazione dei bisogni, fornendo risposte innovative e – dove serva – di rottura di routine professionali inefficaci. Laddove la gestione emergenziale è stata utile per costruire o rafforzare le collaborazioni con il Terzo settore, occorre lavorare e investire su tale relazione che ha restituito efficacia flessibilità e tempestività ai Servizi.

Agire sugli aspetti motivazionali e, in generale, sul riconoscimento sociale degli operatori. È, questo, un aspetto che non ha tanto (o solo) a che fare con gli aspetti economici, quanto piuttosto sul riconoscimento del profilo di competenze delle professioni sociali, del ruolo e delle difficoltà ad esse connesse. Se è vero che medici e infermieri hanno rappresentato il 'volto' dei tanti che hanno affrontato l'emergenza sanitaria, certamente non è stata riconosciuta pari (o comunque, adeguata) visibilità a tutte quelle professioni del sociale

che hanno invece lavorato – e che dovranno continuare a farlo ancora a lungo, si crede – per fronteggiare gli impatti di natura sociale, economica, sociale, psicologica, ecc. su famiglie e individui.

Mettere a sistema pratiche operative e interventi strutturati attraverso il ricorso a strumenti informatici, laddove questi rappresentino una efficace integrazione ad altri strumenti basati su sportello/presenza.

Definire una serie di indicatori per cogliere le nuove criticità, siano esse psicologiche, economiche o relazionali. In altre parole, occorre che i Servizi siano in grado di cogliere le difficoltà latenti della propria comunità, nuove categorie di bisogno o diverse fasce di utenza che in precedenza non si erano mai rivolte ai Servizi perché non avevano mai vissuto una condizione di vulnerabilità. Un approccio rivolto alla prevenzione, e non soltanto più di tipo curativo-riparativo, rappresenta – oltre a quelle richiamate in precedenza – una delle principali sfide che i sistemi territoriali di servizio dovranno essere in grado di cogliere già dal futuro più prossimo.



SEZIONE III

LA COMUNITÀ PROFESSIONALE

4. LA CAPACITÀ DI RISPOSTA AL COVID19

della comunità degli Assistenti Sociali della Toscana¹

L'emergenza pandemica da Covid-19, tuttora in corso, ha inciso sulla popolazione mondiale dal punto di vista sanitario, economico e sociale, creando difficoltà ancora maggiori a fasce di popolazione che già vivevano in condizioni di bisogno, di isolamento, di povertà e malattia. Ad essi si sono aggiunte altre persone che stanno affrontando all'improvviso incertezze e difficoltà gravi ed inaspettate.

Il Covid-19 ha mostrato, mai come prima, l'importanza del ruolo e della figura dell'Assistente Sociale. Più di altri – ad eccezione di medici ed infermieri – l'Assistente Sociale ha infatti toccato con mano le conseguenze sui cittadini della pandemia, mostrando la capacità di reagire e di individuare soluzioni organizzative per fronteggiare ed adattarsi alla nuova situazione. Ciò è stato possibile perché più di altre figure professionali l'Assistente Sociale è a contatto con la “carne viva” dei cittadini.

Il protrarsi di questa situazione di incertezza sull'andamento della pandemia esalta ed enfatizza le conseguenze e le problematiche che ne derivano, oltre ad alcuni importanti spunti di riflessione: il Covid-19 non è uguale per tutti, come il lockdown non è uguale per tutti; crescono le disuguaglianze, se ne creano di nuove; si restringe il perimetro dei diritti individuali e collettivi realmente esigibili; la mancanza di una serie di servizi per singoli, famiglie, gruppi e comunità acuisce i disagi ed amplifica i problemi; crescono le problematiche legate alle violenze all'interno delle famiglie verso donne e minori. Aumentano intolleranze ed aggressività (stress da quarantena familiare); i

¹ a cura di Raffaella Barbieri, Presidente del Consiglio regionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali della Toscana.

nuovi tempi di lavoro imposti dallo Smart-Working, acuiscono le problematiche relative alla conciliazione tempo/lavoro.

Il peso dello stress psicologico e relazionale sta diventando non minore dallo stress economico. Come Croas della Toscana ci siamo interrogati sugli effetti del Covid-19 su di noi, sul nostro modo di svolgere la professione, sull'effetto sulle persone e sull'organizzazione dei servizi. A seguito di ampia discussione in Consiglio, abbiamo lanciato una *call* il 19 marzo 2020 alla quale hanno risposto circa un terzo degli iscritti che ha prodotto una prima sintetica ricognizione delle criticità emerse durante l'attività lavorativa. Gli obiettivi erano quelli di rilevare la sofferenza dei colleghi, mettere a disposizione delle Amministrazioni Pubbliche e degli Enti le nuove problematiche che i Servizi Sociali stavano affrontando e a cui andavano incontro; verificare se le nuove modalità operative messe in atto dai colleghi potevano diventare prassi professionali e infine proporre una serie di possibili soluzioni, contattando i decisori (Regione Toscana, e Anci Toscana).

Il Croas ha redatto un documento con i contributi di Sunas (Sindacato Unitario Assistenti Sociali), Ass.Nas (Associazione Nazionale Assistenti Sociali), So.Ciss (Società Italiana di Servizio Sociale), AS.proc (Assistenti Sociali per la protezione civile) contenente una breve analisi dei fenomeni, proposte di rafforzamento dei servizi (in particolar modo del segretariato sociale) e di predisposizione di strumenti di raccolta dati e informazioni, fondamentali per l'analisi dei processi di vulnerabilità e le necessità a questi collegati.

Tale elaborato è stato partecipato a tutti i soggetti decisori: Sindaci dei Comuni Toscani, Anci Toscana, Presidente della Regione Toscana, Assessori e Consiglieri della Regione Toscana, oltre che con il Cnoas ed con tutti i Croas regionali, aspettandoci che il nostro contributo fosse tenuto in considerazione.

4.1. Croas Toscana e formazione in tempo di Covid-19

Uno degli aspetti che il Consiglio ha toccato è relativo alla formazione: dei professionisti come dei futuri professionisti. Il Croas Toscana è sempre stato molto impegnato sia nella formazione dei propri iscritti sia nelle attività verso gli studenti dei corsi di laurea in servizio sociale; e che la Pandemia ha bloccato i tirocini in presenza dei corsi di laurea in Servizio Sociale.

Il tirocinio rappresenta un momento importante per gli studenti in quanto consente loro di verificare le proprie scelte e di sperimentare l'utilizzo e la trasformazione nella pratica di competenze teoriche, metodologiche e relazionali con le necessarie implicazioni etiche. Attraverso il tirocinio gli studen-

ti possono analizzare i processi ed i fenomeni sociali, relazionandosi con le complesse situazioni di marginalità e di migliorare la capacità di comprensione delle persone, delle loro storie di vita e dei loro contesti. Il confronto con professionisti di consolidata esperienza contribuisce a definire la loro identità professionale.

Con il blocco dei tirocini in presenza degli studenti dei corsi di laurea in Servizio Sociale, si ponevano due problemi che il Consiglio dell'Ordine degli Assistenti Sociali della Toscana ha immediatamente cercato di affrontare: come garantire agli studenti attività "similari" a questa esperienza e permettere agli studenti di non bloccare le loro carriere in vista anche di un maggior fabbisogno di Assistenti Sociali per il crescere della platea di persone che afferiscono ai servizi per gli effetti dovuti alla pandemia stessa.

Il Croas si è fatto promotore di un tavolo di co-progettazione con i tre Atenei toscani (Firenze, Pisa e Siena), per individuare le possibili soluzioni al mancato svolgimento dei tirocini in presenza per rispetto delle norme di contrasto al Covid-19. Il tavolo ha progettato attività sostitutive che prevedevano la visione di video-lezioni su temi ed attività del Servizio Sociale (realizzati da Assistenti Sociali), e un'attività di supervisione in videoconferenza con Supervisor Assistenti Sociali.

Ha inoltre lanciato due *call* alla comunità professionale: una per Assistenti Sociali tutor-relatori a distanza disponibili a realizzare un video-seminario; un'altra per Assistenti Sociali tutor-supervisor di gruppi di studenti (per elaborare riflessioni sui video-seminari), a cui hanno aderito 34 Assistenti Sociali per la realizzazione dei video-seminari e 22 Assistenti Sociali per tutor-supervisor. Sono stati organizzati tre webinar per l'addestramento dei tutor relatori e tre webinar per i tutor supervisor a distanza per co-definire l'impostazione ed i materiali della supervisione (giugno-luglio). Le attività sostitutive del tirocinio in presenza si sono rivolte: a studentesse e studenti dei Corsi di Laurea triennale in Servizio Sociale delle Università di Firenze, Pisa e Siena che, in alcuni casi, hanno già frequentato e sostenuto esami di materie professionalizzanti e hanno maturato un'esperienza di tirocinio sul campo.

Considerato che in questa fase di "emergenza Covid-19" i video-seminari e la supervisione in web-conference sostituiranno alcune delle attività di tirocinio sul campo, i contenuti ed i metodi cercano di avvicinare quanto più possibile le/i partecipanti agli aspetti più rilevanti della pratica effettiva del lavoro sociale professionale. Si è data l'indicazione per la realizzazione dei video-seminari di far parlare le persone-utenti del servizio attraverso storie di vita per perseguire o l'obiettivo professionalizzante del seminario. Partendo

dall'utilizzo di una storia di vita di un utente/famiglia seguita dal servizio, un caso complesso seguito dal professionista o dell'équipe, un progetto attivato e sviluppato. La situazione diventa quindi il filo rosso per affrontare questioni centrali quali gli aspetti organizzativi del servizio, le questioni etico/metodologiche, le criticità e i punti di forza del sistema, gli orientamenti e gli approcci professionali utilizzati. I punti trattati nei video-seminari sono stati il ruolo e la funzione del servizio sociale professionale, le procedure e le metodologie specifiche utilizzate; la documentazione, il lavoro con le reti nel territorio, le relazioni con altri professionisti, i progetti rilevanti del recente passato e le progettualità in corso, le innovazioni e le sperimentazioni, oltre alle criticità e alle prospettive. La supervisione successiva ha rappresentato un momento importante per gli studenti di riflessività ed approfondimento.

Questo lavoro di co-progettazione, che ha visto un forte impegno della comunità professionale, ha permesso a circa 250 studenti dei tre Atenei Toscani di usufruire delle attività sostitutive dei tirocini in presenza. Ciò ha permesso di non bloccare le carriere degli studenti e di consolidare il tavolo Croas Atenei in un rapporto inter-istituzionale forte, esperienza innovativa ed unica in Italia: molti studenti di altre regioni si rivolgono all'Ordine della Toscana per partecipare all'esperienza. I punti di fragilità riguardano il proseguimento dell'esperienza a causa dell'emergenza pandemica, il forzato utilizzo di nuove forme di comunicazione a distanza, la necessità di gestire il disorientamento degli studenti e dei supervisori.

L'aver intrapreso queste azioni nei confronti degli studenti ed aver permesso loro di poter continuare le carriere universitarie, comporta la possibilità che siano immessi nel mondo del lavoro giovani professionisti neo-laureati che potrebbero essere utilizzati per il rinforzo dei Servizi che si rende urgente e necessario per il perdurare della Pandemia. Ed è proprio il persistere dell'emergenza che spinge il Croas ed i tre Atenei della Toscana a cercare di progredire nel modello di tirocini da remoto, che, accanto alle attività sopra descritte possano arricchire ancora di più l'apprendimento dei futuri professionisti.

5. I CONTRIBUTI ECONOMICI FINALIZZATI AL POTENZIAMENTO DEI SERVIZI SOCIALI

Il 2021 si è aperto con un'opportunità importante per le politiche sociali e, più specificatamente, per il servizio sociale professionale, che pone le basi per costruire una rete di supporto per i cittadini più strutturale. La Legge di Bilancio 2021 contiene infatti rilevanti novità volte a potenziare e rendere ancora più efficaci gli interventi dei Servizi sociali comunali, introducendo anche nuove norme volte ad ampliare e rafforzare gli organici degli assistenti sociali – enfatizzando il principio del “tempo pieno” e della “assunzione a tempo indeterminato” – anche attraverso la stabilizzazione di quanti già operano, in diverse modalità, a favore dei Servizi.

La Legge fissa, inoltre, precisi livelli essenziali e obiettivi di servizio: in particolare, sono indicati sia il livello essenziale di 1 assistente sociale ogni cinquemila abitanti, sia il nuovo obiettivo di servizio in un assistente sociale ogni quattromila abitanti prevedendo finanziamenti nella misura di 180 milioni di euro a valere sul Fondo Povertà.

Va sottolineato anche che viene incrementata la dotazione del fondo di solidarietà comunale con specifica finalità di impiego per lo sviluppo dei servizi sociali comunali svolti in forma singola o associata dai Comuni delle regioni a statuto ordinario. Per il quadriennio 2021-2024 si tratta di un incremento di 650 milioni di euro a regime, di cui 216 mln. sul 2021. I contributi sono ripartiti in proporzione del rispettivo coefficiente di riparto del fabbisogno standard calcolato per la funzione “Servizi sociali” ed approvato dalla Commissione tecnica per i fabbisogni standard.

5.1. L'analisi del testo normativo

Riportiamo degli stralci dell'analisi del testo normativo (riportato in appendice al capitolo) fornita dal dossier predisposto dagli Uffici Parlamentari per poter interpretare la norma e le finalità che persegue.

La legge intende potenziare il sistema dei servizi sociali comunali, gestiti in forma singola o associata, rafforzando contestualmente gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà (di cui all'art. 7, co. 1, del D. Lgs. n. 147 del 2017, precisamente: il segretariato sociale, il servizio sociale professionale, i tirocini finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione; il sostegno socio-educativo domiciliare o territoriale; l'assistenza domiciliare socio assistenziale e servizi di prossimità; il sostegno alla genitorialità e servizio di mediazione familiare; servizio di mediazione culturale; il servizio di pronto intervento sociale) nella prospettiva del raggiungimento, nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente, di un livello essenziale delle prestazioni e dei servizi sociali definito da un rapporto tra assistenti sociali impiegati nei servizi sociali territoriali e popolazione residente pari a 1 a 5.000 in ogni ambito territoriale, e dell'ulteriore obiettivo di servizio di un rapporto tra assistenti sociali impiegati nei servizi sociali territoriali e popolazione residente pari a 1 a 4.000.

Viene quindi stabilito che, a favore di detti ambiti, è attribuito, sulla base del dato relativo alla popolazione complessiva residente:

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

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

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

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

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

Pertanto, ai fini del calcolo degli assistenti sociali operanti nell'Ambito territoriale, possono essere considerati quelli che sono assunti dai soggetti sopra indicati, purché assunti a tempo indeterminato, che svolgano effettivamente la loro attività a favore di uno o più Comuni appartenenti all'Ambito e siano

effettivamente impiegati nei servizi sociali. Non possono essere considerati gli assistenti sociali dipendenti da soggetti privati o del Terzo Settore a seguito di appalto di interventi e servizi ovvero dipendenti da Aziende Sanitarie Locali operanti all'interno delle stesse, ad eccezione delle situazioni in cui i Comuni abbiano delegato la funzione socio-assistenziale all'Azienda Sanitaria Locale.

Il contributo previsto è a valere sul Fondo povertà e in sede di decreto annuale di riparto del Fondo è riservata a tale fine una quota massima di 180 milioni di euro annui a decorrere dal 2021.

Il Fondo nazionale per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale è stato istituito dalla Legge di Stabilità 2016, originariamente con una dotazione strutturale di 1 miliardo di euro l'anno, finalizzata all'attuazione del Piano nazionale di lotta alla povertà e al finanziamento della misura di contrasto alla povertà denominata SIA - Sostegno per l'inclusione attiva, poi sostituita dal REI - Reddito di inclusione. A seguito dell'introduzione del Reddito di cittadinanza, con la legge di bilancio per il 2019 viene istituito il Fondo per il Reddito di cittadinanza destinato al finanziamento del sostegno economico in favore dei beneficiari della misura. Il Fondo povertà, pertanto, viene ridotto e finalizzato al solo finanziamento degli interventi previsti dal Piano nazionale per il contrasto alla povertà e, in particolare, l'accompagnamento e il rafforzamento dei servizi e degli interventi attivati nei Patti per l'inclusione sociale sottoscritti dai beneficiari del Reddito di cittadinanza, che acquisiscono la natura di livelli essenziali delle prestazioni, nei limiti delle risorse disponibili.

Il Fondo per la lotta e alla povertà e all'esclusione sociale reca uno stanziamento pari a 615 milioni di euro per ciascun anno del triennio 2021- 2023. Nell'ambito di tale quota, dal 2018, un ammontare pari a 20 milioni è finalizzato ad interventi e servizi in favore di persone in condizione di povertà estrema e senza dimora.

In deroga ai vincoli di contenimento della spesa di personale, la legge stabilisce che, per il potenziamento dei servizi sociali, i Comuni possono effettuare assunzioni di assistenti sociali, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, fermo restando il rispetto degli obiettivi del pareggio di bilancio.

Va inoltre sottolineato che il finanziamento del fondo povertà nel bilancio dello Stato ha natura strutturale, cosicché il finanziamento previsto dalla nuova norma ha anch'esso natura strutturale (non è un una tantum e non riguarda solo le nuove assunzioni). Ciascun Ambito avrà diritto al contributo di 40.000 o 20.000 euro per i relativi assistenti sociali fintantoché il numero di assistenti sociali in proporzione ai residenti si manterrà sopra le soglie previste dalla normativa; pertanto, i contributi pubblici sono relativi anche al personale già assunto, laddove eccedente le soglie previste.

5.2. Primo anno di applicazione della norma

Come detto, ai fini del raggiungimento delle soglie per l'accesso ai contributi di cui art. 1 comma 797 della Legge di Bilancio 2021, possono essere conteggiati solo gli assistenti sociali in organico 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.

Tali 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). Tale conteggio viene effettuato a livello di Ambito territoriale e non di singolo comune.

Durante la prima attuazione della legge, ciascun Ambito Territoriale toscano, anche per conto dei Comuni appartenenti allo stesso, ha inviato entro il 1 Marzo 2021 al Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali un prospetto riassuntivo che riportava le seguenti informazioni:

- per il 2020, il numero medio di assistenti sociali in servizio a tempo indeterminato nei comuni che fanno parte dell'Ambito territoriale o direttamente nell'Ambito stesso.
- per il 2021, le previsioni sul numero medio di assistenti sociali a tempo indeterminato in organico.

Entro il 30 giugno 2021, con decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, saranno determinate le “risorse prenotate” (somme necessarie all'attribuzione dei contributi previsti per l'anno 2021), mentre nel giugno 2022 saranno attivate le “somme liquidabili” (somme destinate alla liquidazione dei contributi relativi all'anno 2021).

5.3. La situazione toscana

Proviamo quindi a delineare il quadro della situazione toscana, 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 178/2020 (Legge di bilancio per il 2021), provando a stimare anche le risorse che dovrebbero arrivare nel 2022 agli ambiti territoriali toscani a copertura dei costi per gli assistenti sociali assunti in organico a tempo indeterminato.

La norma definisce l'Ambito sociale territoriale facendo riferimento a quello contemplato dall'articolo 8, comma 3, lettera a, della legge 8 novembre 2000, n. 328, che in Toscana sono stati definiti tramite la Legge regionale 23 marzo 2017, n. 11 "Disposizioni in merito alla revisione degli ambiti territoriali delle zone-distretto. Modifiche alla l.r. 40/2005 ed alla l.r. 41/2005".

Tramite un applicativo, considerato come modulo integrato nel S.I.O.S.S. (Sistema Informativo dell'Offerta dei Servizi Sociali), sviluppato dal Ministero, tutti i responsabili di Ambito hanno trasmesso le informazioni richieste entro la scadenza prevista. Il responsabile del S.I.O.S.S. di ciascun Ambito ha elaborato i dati sugli assistenti sociali in servizio a tempo indeterminato forniti da ciascun Comune, nonché dall'Ambito stesso per il proprio personale (nel caso di svolgimento di funzioni sociali in modo associato).

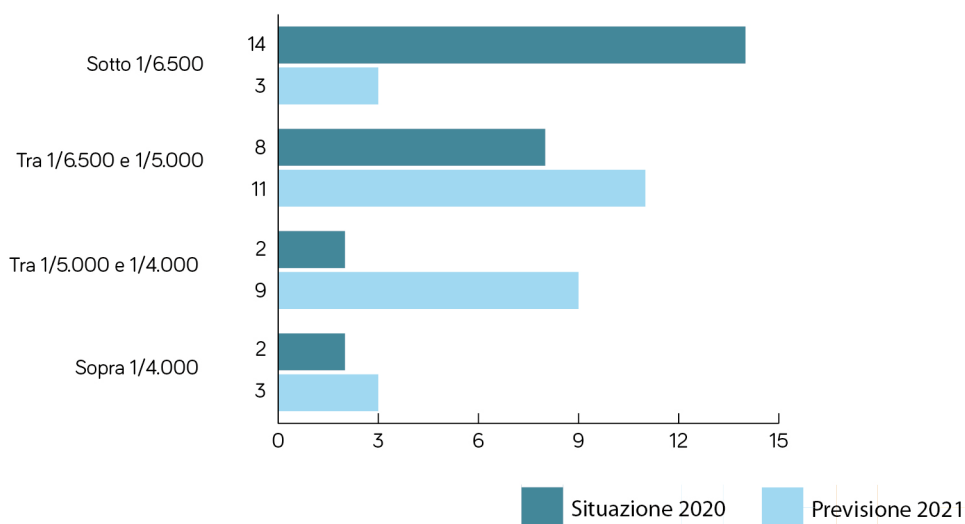
Analizzando i 26 prospetti relativi ai dati dell'anno 2020 (dati a consuntivo) che gli ambiti toscani hanno finalizzato, abbiamo un dato sintetico degli assistenti sociali in servizio pari a 547,5 (secondo la definizione di personale equivalente a tempo pieno), corrispondenti in media a oltre 21 assistenti sociali per zona distretto. Tale contingente è costituito per il 35% (190,8 assunti a tempo indeterminato) da personale in servizio presso i Comuni e per il restante 65% in carico all'Ambito territoriale.

Spostando lo sguardo all'anno successivo, e quindi ai dati che gli Ambiti prevedono di avere per il 2021 (dato previsionale), inseriti ai fini della prenotazione delle risorse, in Toscana dovremmo avere 709,5 assistenti sociali assunti a tempo indeterminato (sempre secondo la definizione di personale equivalente a tempo pieno), con un incremento di quasi il 30% del personale (+ 162 assunzioni full time equivalent).

Se tali previsioni assunzionali verranno rispettate (il dato dovrà essere consolidato a febbraio 2022), nel territorio toscano arriveranno oltre 4,7 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 al 2020, abbiamo l'85% degli Ambiti (22) sotto il livello essenziale dei servizi sociali (LEP) costituito dal raggiungimento di un rapporto fra assistenti sociali e popolazione residente di 1:5000 e solo 2 che raggiungono l'ulteriore obiettivo di servizio di 1:4000 fissato dalla Legge 178/2020 (Legge di bilancio per il 2021).

FIGURA 5.1 - N. AMBITI TERRITORIALI E IMPATTO DEI CONTRIBUTI DI CUI ART.1 COMMA 797 DELLA LEGGE DI BILANCIO 2021 RISPETTO AL NUMERO DI ASSISTENTI SOCIALI SU POPOLAZIONE RESIDENTE



Se venissero confermati i dati previsionali per l'anno in corso, la situazione al 31/12/2021 sarebbe ampiamente migliorata, con 12 Ambiti che raggiungerebbero il LEP del rapporto fra assistenti sociali e popolazione residente di 1:5000 e 3 che si posizionerebbero sopra l'obiettivo di servizio di 1:4000.

In tale scenario, 23 Ambiti riceverebbero comunque risorse strutturali per il potenziamento dei Servizi Sociali ed è quindi presumibile che nei prossimi anni la situazione relativa al personale assunto a tempo indeterminato migliorerà ulteriormente grazie alle recenti normative, che hanno determinato un significativo investimento sulla figura dell'assistente sociale, avendo incentivato il potenziamento del sistema dei servizi sociali comunali e zionali, attraverso i meccanismi premiali descritti.

Appendice: il testo integrale dei commi della Legge di Bilancio 2021 relativi ai Servizi Sociali

797. Al fine di potenziare il sistema dei servizi sociali comunali, gestiti in forma singola o associata e, contestualmente, i servizi di cui all'articolo 7, comma 1, del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147, nella prospettiva del raggiungimento, nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente, di un livello essenziale delle prestazioni e dei servizi sociali definito da un rapporto tra assistenti sociali impiegati nei servizi sociali territoriali e popolazione residente pari a 1 a 5.000 in ogni ambito territoriale di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a), della legge 8 novembre 2000, n. 328, e dell'ulteriore obiettivo di servizio di un rapporto tra assistenti sociali impiegati nei servizi sociali territoriali e popolazione residente pari a 1 a 4.000, è attribuito, a favore di detti ambiti, sulla base del dato relativo alla popolazione complessiva residente:

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

798. Entro il 28 febbraio di ogni anno, ciascun ambito territoriale di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a), della legge 8 novembre 2000, n. 328, anche per conto dei comuni appartenenti allo stesso, invia al Ministero del lavoro e delle politiche sociali, secondo le modalità da questo definite, un prospetto riassuntivo che indichi, per il complesso dell'ambito e per ciascun comune, con riferimento all'anno precedente e alle previsioni per l'anno corrente:

- a) il numero medio di assistenti sociali in servizio nell'anno precedente assunti dai comuni che fanno parte dell'ambito o direttamente dall'ambito. Si fa riferimento al personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, secondo la definizione di equivalente a tempo pieno, effettivamente impiegato nei servizi territoriali e nella loro organizzazione e pianificazione;

- b) la suddivisione dell'impiego degli assistenti sociali di cui alla lettera a) per area di attività.

799. Il contributo di cui al comma 797 è attribuito dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali a valere sul Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale, di cui all'articolo 1, comma 386, della legge 28 dicembre 2015, n. 208. In sede di decreto annuale di riparto del Fondo è riservata a tale fine una quota massima di 180 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2021. Le somme necessarie all'attribuzione dei contributi previsti per l'anno corrente, di seguito denominate «somme prenotate», e quelle destinate alla liquidazione dei contributi relativi all'anno precedente, di seguito denominate «somme liquidabili», sono determinate, sulla base dei prospetti di cui al comma 798, con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali entro il 30 giugno di ciascun anno. Le somme prenotate sono considerate indisponibili per l'anno corrente e per tutti i successivi in sede di riparto del Fondo. Eventuali somme prenotate in un anno e non considerate liquidabili nell'anno successivo rientrano nella disponibilità del Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale e sono ripartite in sede di riparto annuale del Fondo. Qualora, a seguito delle richieste da parte degli ambiti territoriali, le somme prenotate risultino eccedenti rispetto alla quota massima stabilita ai sensi del secondo periodo, si procede comunque all'attribuzione delle somme relative ai contributi già riconosciuti negli anni precedenti e ancora dovuti e alla riduzione proporzionale dei contributi di nuova attribuzione in relazione alla capienza della quota disponibile. I contributi di cui al comma 797 non spettano in caso di mancata o tardiva trasmissione delle informazioni previste dal comma 798.

800. Con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali sono definite le modalità in base alle quali il contributo attribuito all'ambito territoriale è da questo suddiviso assegnandolo ai comuni che ne fanno parte ed eventualmente all'ambito stesso, anche con riferimento ai comuni che versino in stato di dissesto o predissesto o siano comunque impossibilitati a realizzare le assunzioni, nonché ai comuni che esercitano in forma associata le funzioni relative ai servizi sociali.

801. Per le finalità di cui al comma 797, a valere sulle risorse di cui al comma 799 e nel limite delle stesse nonché dei vincoli assunzionali di cui all'articolo 33 del decreto- legge 30 aprile 2019, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 giugno 2019, n.58, i comuni possono effettuare assunzioni di assistenti sociali, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, fermo restando il rispetto degli obiettivi del pareggio di bilancio, in deroga ai vincoli di contenimento della spesa di personale di cui all'articolo 9, comma 28, del decreto-legge 31 maggio 2010, n.78, convertito, con modificazioni, dalla leg-

ge 30 luglio 2010, n. 122, e all'articolo 1, commi 557 e 562, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, anche ai sensi dell'articolo 57, comma 3-septies, del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126.

802. Agli stessi fini, fino al 31 dicembre 2023, le amministrazioni, ferma restando la garanzia dell'adeguato accesso dall'esterno, previa individuazione della relativa copertura finanziaria, possono indire procedure concorsuali riservate, anche su base regionale, in misura non superiore al 50 per cento dei posti disponibili, al personale non dirigenziale con qualifica di assistente sociale che possieda tutti i requisiti di cui all'articolo 20, comma 2, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75.

803. La dotazione del Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale, di cui all'articolo 1, comma 386, della legge 28 dicembre 2015, n.208, è incrementata di 2 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2021.

804. La dotazione del Fondo per le politiche sociali, di cui all'articolo 59, comma 44, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, è ridotta di 2 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2021.

6. I SERVIZI SOCIALI

Una risorsa preziosa per i cittadini, non solo nell'emergenza

Similmente a quanto è accaduto per gli operatori impegnati nella sanità, in questo delicato frangente le persone si sono accorte di quanto sia importante il contributo offerto dal comparto dei servizi sociali – il cui operato, più di una volta, viceversa si è imposto all'attenzione dell'opinione pubblica in modo negativo. Pochi giorni prima che l'emergenza sanitaria esplodesse in tutta la sua violenza, le cronache riportavano una bruttissima vicenda avvenuta in un comune emiliano, di cui tutti oggi conoscono il nome: Bibbiano, dove i Servizi sono stati accusati di aver allontanato in modo illegittimo i figli di alcune famiglie del posto (è notizia recente che tutti i bambini coinvolti nella vicenda processuale sono tornati sotto la tutela dei genitori capovolgendo le valutazioni effettuate).

Colpisce, di questa vicenda, come l'oggetto del livore dell'opinione pubblica non siano stati tanto gli imputati dei crimini, ma *i Servizi Sociali in quanto Istituzione*. Tanto che il governo allora in carica, quando scoppiò il caso, si affrettò a nominare una Squadra speciale di giustizia per la protezione dei minori (implicitamente – e forse neppure volontariamente – restituendo un messaggio che confermava il pregiudizio secondo cui certi abusi potessero avere natura sistemica), la quale ha accertato che dal 1 gennaio 2018 al 30 giugno 2019 ne sono stati collocati in quello che viene definito “ambiente terzo” (un'altra famiglia o una comunità) 12.338.

**LA PERCEZIONE
DEI SERVIZI SOCIALI
NELL'OPINIONE PUBBLICA**

Il punto è come debbano essere interpretati questi dati, senz'altro indice di un disagio profondo: la prova di una sorta di *attitudine all'abuso di potere da parte dei servizi sociali*, oppure

la conferma che le violenze intra-familiari e le situazioni di maltrattamento o trascuratezza di minori sono un fenomeno diffuso? Quello che nessuno però dice, è che i servizi sociali – in questo caso l'area tutela minori – sono sempre più oberati da emergenze a cui fanno fatica a rispondere, e che gli operatori sono quotidianamente oggetto di minacce, denunce e persino violenze da parte dell'utenza che hanno in carico.

La sfiducia verso le Istituzioni è quel tipo di atteggiamento che non solo stravolge i ruoli, ma ne ribalta il senso. Dovrebbe essere *normale* per i cittadini sentirsi rassicurati dall'esistenza chi si occupa di tutelarli dal punto di vista dei loro diritti in tema di sicurezza (forze dell'ordine), giustizia (magistrati), salute (medici e infermieri), *welfare* (servizi sociali), cultura (insegnanti). Fatto salvo il diritto di rimarcare le inefficienze – o le colpe – dei singoli che non interpretano il loro compito come dovrebbero, *la loro funzione in quanto tale* non dovrebbe essere messa in dubbio, piuttosto considerata come una opportunità da preservare.

È un passaggio-chiave, questo: quando si perde di vista la responsabilità individuale e si accomuna a livello di categorie o di funzioni, spersonalizzandola, si apre la strada ad interpretazioni alterate della realtà. È la medesima distorsione, una sorta di *sineddoche* concettuale, per la quale il giudizio su un singolo episodio (o persona) viene arbitrariamente generalizzato: uno degli esempi più recenti è dato dall'atmosfera di sospetto cavalcata anche da una parte dei mezzi di informazione nei confronti dei centri di accoglienza per migranti: a fronte di qualche malvivente che ha cercato di sfruttare l'occasione per trarne profitto, una parte consistente dell'opinione pubblica ha finito per mettere in discussione tutto il sistema, sino ad avallare più o meno esplicitamente l'idea che l'immigrazione costituisca non un'emergenza umanitaria a cui far fronte, ma solo un'occasione di *business*.

Circa i fatti di Bibbiano, il giudizio (o il pregiudizio) dell'opinione pubblica si è incentrato sugli Assistenti Sociali, che rappresentano l'interfaccia diretto tra l'apparato dei Servizi Sociali e le persone. Giova però ribadire che *la decisione di collocare minori in struttura – o addirittura di revocare la responsabilità genitoriale – non è loro, ma del tribunale competente*: è a tale organismo che l'Assistente Sociale, in qualità di Pubblico Ufficiale, ha l'obbligo ai sensi dell'art. 9 della legge 184/83 di segnalare situazioni di abbandono e pregiudizio dei minori, nonché la notizia di reato alla procura. Non è un atto accessorio: laddove non ottemperi, può incorrere nel reato di omissione di atti d'ufficio e di omessa denuncia. Inoltre, conformandosi al mandato dell'autorità giudiziaria, l'Assistente Sociale ha anche il compito di effettuare approfondimenti conoscitivi, monitorare la situazione familiare e relazionare rimettendo ogni decisione al giudice riguardo l'esecuzione dei disposti. Proprio come non è

la polizia o i carabinieri che condannano le persone, ma solo intervengono di fronte ad un reato, effettuano indagini e operano secondo le direttive del magistrato. Solo quando ricorrono le circostanze di cui all'art. 403 C.C., è previsto che il servizio sociale possa provvedere al collocamento urgente del minore in luogo sicuro (ciò accade solo in casi estremi, e deve trovare convalida nel provvedimento dell'Autorità Giudiziaria).

L'allontanamento del minore dall'ambiente familiare è una questione delicata ed un processo complesso in cui intervengono anche altre figure professionali che per il grande pubblico rimangono sullo sfondo (psicologo, neuropsichiatra, medico) di cui si avvale il magistrato per raccogliere elementi necessari per pronunciarsi. Ma difficilmente si sente parlare di tutto questo: dalle notizie riportate, l'impressione è che basti la firma di un Assistente Sociale – come nella narrativa *kafkiana* – per condannare una persona o strappare un bambino da una famiglia (una famiglia in realtà adeguata, altrimenti non si ravviserebbe l'ipotesi di abuso di potere, anche se non è chiaro quale potrebbe essere il movente).

La segnalazione di pregiudizio del minore viene trasmessa dai Servizi (oltre che da altri soggetti: Forze dell'ordine, insegnanti, medici...) alla Procura del tribunale Minori, che valuta l'apertura del procedimento il tribunale competente può decidere – letta la relazione – di chiedere approfondimenti, oppure di metterlo in protezione (o di confermare l'avvenuto allontanamento in emergenza), svolgendo tutte le azioni previste dal procedimento. Ciò implica un necessario rapporto fiduciario tra Servizi e magistratura, ancora più importante in quanto si tratta molte volte di situazioni di urgenza potenzialmente pericolose per i minori coinvolti.

Social, giornali e televisioni (e talvolta persino la politica) spesso trattano con eccessiva superficialità questi temi, cercando il sensazionalismo e, omettendo di fornire alcune importanti informazioni, polarizzando l'attenzione dell'opinione pubblica sui soli Assistenti Sociali; ed accusarli di abuso di potere – anziché riconoscere il loro ruolo di tutela – equivale a prendersela con i medici come se fossero loro la causa delle malattie. Per di più, diversamente da altre categorie, gli Assistenti Sociali non godono neppure di uno status (sia sociale che economico) commisurato all'importanza del loro lavoro, che viceversa catalizza la responsabilità (anche rispetto all'utenza e, come detto, all'opinione pubblica) di procedimenti complessi condotti da *équipes* multi-professionali.

Il punto è che – se osserviamo questa dinamica da una diversa prospettiva – l'Assistente Sociale si trova sempre in una posizione delicata: *se non interviene tempestivamente, è responsabile di quello che potrebbe accadere;*

ma se lo fa, rischia parimenti di venire accusato di abuso d'ufficio. I successivi mandati di indagine del tribunale, oltre a riportare su di sé la responsabilità della valutazione (anche se in concerto con il parere di altri professionisti), subordina il Servizio ad aggiornare ed attendere la decisione del magistrato per mantenere o modificare il provvedimento in vigore, con tempistiche che possono risultare anche molto lunghe, specie dall'ottica della famiglia, ma che non sono dipendenti dalla sua volontà.

Numerose anche le ambiguità dello status giuridico degli Assistenti Sociali: anche se il loro operare si svolge all'interno di un mandato professionale subordinato alla struttura gerarchico/organizzativa della Pubblica Amministrazione (e, come detto, avvalendosi dell'apporto determinante di altre professionalità), restano i responsabili diretti della presa in carico, quindi oggetto di denuncia personale da parte dei cittadini. Potrebbe viceversa costituire maggiore garanzia della correttezza dell'intero procedimento se la normativa prevedesse, in caso di denuncia o ricorso da parte delle famiglie, che il destinatario fosse in solido anche l'organizzazione in cui l'Assistente Sociale è inquadrato, evitando che sia solo lui ad essere coinvolto personalmente (perché opera secondo il mandato che deriva dal suo ruolo, non come libero professionista). La sua sovraesposizione, non tutelata dalla legge, rischia altrimenti di costituire un disincentivo allo svolgimento dei compiti che gli sono propri, specialmente in un'area delicata come quella della tutela dei minori.

Tre ricercatrici britanniche, Eilis Lawlor, Helen Kersley e Susan Steed, hanno affrontato qualche anno fa la questione delle disuguaglianze, paragonando le remunerazioni di alcuni mestieri al "valore sociale" da essi generato¹. Il risultato del loro lavoro non stupisce: ci sono alcune professioni che, pur producendo una significativa ricaduta positiva sulla collettività, risultano sottopagate, come quella dell'insegnante, dell'infermiere e dell'operatore sociale; viceversa, ce ne sono altre che restituiscono addirittura un bene negativo, e non sfugge il rapporto inversamente proporzionale della loro retribuzione, ma anche della considerazione sociale di cui godono. Ciò, inevitabilmente, si ripercuote nella percezione del Servizio che svolgono, sino al completo travisamento dell'interpretarlo non come una forma di tutela, ma un pericolo da cui guardarsi.

LA RICADUTA SOCIALE DELLE PROFESSIONI

La vicenda di Bibbiano – uno degli ultimi fatti di cronaca prima che questa venisse monopolizzata dalla pandemia – al pari di altre offre diversi spunti di riflessione, tra cui quello della percezione degli operatori sociali da parte delle

¹ A bit rich. Calculating the real value to society of different professions, New Economic Foundation, Londra, 2009.



persone. Anche solo quella di non far dimenticare che i Servizi (che in questa brutta vicenda si configurano nient'altro che come parte lesa dell'eventuale operato illegale di alcuni) non rappresentano un problema, piuttosto una risorsa per i cittadini, e che non deve essere una situazione di emergenza a ricordarcelo.

CONCLUSIONI

Sono due, a nostro giudizio, le principali evidenze emerse su altre in questo lavoro. La prima, è che i servizi sociali hanno dato prova di saper reagire attraverso una straordinaria capacità di adattamento alla situazione, e che l'hanno fatto senza provocare eccessiva discontinuità con le prestazioni erogate (che stavano contestualmente aumentando, oltre che necessitando di adattamento). La seconda, è che è difficile attribuire un peso alle diverse variabili che hanno maggiormente inciso sulla loro capacità di risposta alle esigenze dettate dall'emergenza sanitaria (assetto organizzativo, risorse proprie, dotazione di personale, presenza di Terzo Settore eccetera).

Senza dubbio, laddove i Servizi di Zona Distretto sono organizzati in forma associata attraverso la Società della Salute, si è assistito a una più agile integrazione degli interventi a livello di ambito, favorendo la sinergia dei diversi attori in campo, istituzionali o meno (su tutti il Terzo Settore). Ma anche laddove esiste una maggiore frammentazione sul piano gestionale, abbiamo rilevato una risposta che a prima vista non sembra dissimile a quella di territori apparentemente più organizzati per la progettazione e la realizzazione di interventi a livello sovra-comunale.

Una ipotesi plausibile in grado di rendere conto di questo, è che ogni Zona Distretto, nella sua diversità, abbia nel tempo consolidato la sua capacità di valorizzare le risorse presenti sul suo territorio, attivando collaborazioni strutturate con il Terzo settore (ma anche soggetti privati) e costruendo reti in grado di fare fronte anche a situazione complesse come questa che stiamo vivendo. Si tratta, ripetiamo, solo di una ipotesi, peraltro del tutto in linea con l'orientamento di razionalizzare in modo sempre più capillare la macchina

amministrativa nel senso di una maggiore integrazione tra sociale e sanitario, così da sfruttare nel modo più efficace le peculiarità del territorio.

È inoltre presumibile che gli ambiti nei quali è maggiormente consolidata una progettualità capace di coniugare l'erogazione di contributi economici con una prospettiva di attivazione e coinvolgimento dei beneficiari, siano stati maggiormente capaci (o lo abbiano fatto con minore fatica o in modo più rapido) di integrare le nuove misure legate all'emergenza, coinvolgendo i diversi attori sociali del territorio e gli stessi beneficiari in continuità con la loro azione di *governance*.

Peraltro, è doveroso sottolineare che il monitoraggio che abbiamo effettuato non prevedeva una valutazione d'impatto delle prestazioni erogate (né avrebbe potuto farlo data la contestualità della crisi in corso): la valenza, per così dire, *quantitativa* di molte risposte – misurabile, ad esempio, nel fatto che un servizio sia stato sospeso oppure erogato in continuità o solo parzialmente – ci offre indicazioni altro che generiche sull'efficacia o sulla validità della strategia attuata (nel senso che rende apprezzabile la differenza tra fornire una prestazione o meno, ma non ci permette di andare oltre). Però testimonia senz'altro una capacità di reazione che ci dice qualcosa di importante sulla qualità dei servizi sociali, specialmente in un momento complesso come questo.

In definitiva, possiamo affermare che la pandemia – e le conseguenti risposte messe in atto per il suo contenimento – hanno rappresentato (e a tutt'oggi purtroppo ancora rappresentano) una sorta di *stress test* al quale la Toscana sembra aver risposto in modo adeguato nel suo complesso. Al momento in cui scriviamo, il percorso per uscire da questa situazione non è compiuto, e i tempi restano incerti, ma l'impegno prosegue, così come il costante adeguamento di politiche e strategie per migliorare la risposta ai bisogni dei cittadini, in un presente che guarda necessariamente verso un futuro in gran parte da reinventare. La pandemia ci ha insegnato che per andare avanti dobbiamo per forza abbandonare ogni presunzione di sicurezza procedendo a piccoli passi e lavorando tutti insieme per costruire il mondo di domani, con l'obiettivo che sia migliore di quello che ci siamo lasciati alle spalle.

«Non riuscendo a dare un senso alla pandemia, impariamo da essa per il futuro» ha scritto recentemente il filosofo Edgar Morin¹ (2020), invitandoci dall'alto dei suoi 99 anni a *resistere*, ricordando che «la vita è una navigazione in un oceano di incertezze attraverso isole di certezze», e che «ovunque

¹ Morin E. Cambiamo strada. Le 15 lezioni del Coronavirus, Raffaello Cortina, Milano, 2020.



nel mondo, grazie a questa crisi globale, sono comparse miriadi di sorgenti, miriadi di rivoli, che unendosi potrebbero formare ruscelli e confluire in corsi d'acqua, da cui potrebbe nascere un grande fiume²». Una metafora nella quale possono riconoscersi tanto le singole persone quanto le organizzazioni.

² Anais Ginori, Il potere dell'incertezza, in la Repubblica, 20 ottobre 2020





INFOGRAFICHE

La risposta del sistema dei Servizi Sociali all'emergenza Coronavirus - L'indagine alle Zone Distretto e ai Comuni

Coordinamento a livello di ambito: in **20** Zone distretto su **26** i Servizi sociali zonali hanno coordinato in maniera associata le attività svolte in tutti i comuni del territorio

Le aree assistenziali e i servizi erogati che hanno maggiormente subito gli effetti delle restrizioni durante il lockdown: **area disabili e anziani** seguita da quella minori e famiglie.

Integrazione dei Servizi sociali con altri enti per attivare misure e risposte integrate:

- Integrazione immediata: **Asl 92,6%**; **Terzo settore 100%**; altri Comuni della gestione associata **89,3%**
- Integrazione lenta: **Sanità ospedaliera 28%**

Servizio Sociale, apertura al pubblico

Zona Distretto

||| **1** Sì, con orario normale

||||| **2** Sì, con orario ridotto

||||||||| **7** No

||||||| **5** Limitata/appuntamento

SdS

||| **1** Sì, con orario normale

||||| **2** Sì, con orario ridotto

||||||||| **10** No

||||||| **4** Limitata/appuntamento

Servizi più richiesti durante la prima fase emergenziale

||||||||| Buoni spesa/voucher

||||||||| Pacchi alimentari

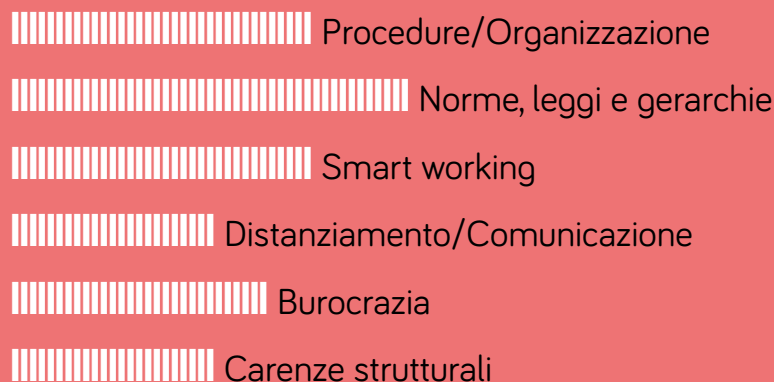
||||||||| Contributi economici

||||||||| Contributi straordinario affitto

||||||||| Servizi a domicilio

||||||||| Pagamenti utenze

Principali elementi di criticità



Servizi erogati

Disabilità

Tra i **28** Servizi territoriali di ambito che hanno risposto al questionario la quasi totalità (**26**) ha offerto interventi alternativi alla chiusura dei **centri diurni** (monitoraggio telefonico e video-chiamate, ma anche assistenza educativa).

Anziani

Interventi alternativi alla chiusura dei **centri diurni**: in prevalenza assistenza domiciliare (**36,4%**, con più di un terzo dell'utenza coinvolta), monitoraggio telefonico, anche tramite videochiamate, trasferimenti temporanei in RSA (**38,6%**) erogazioni contributi economici (**15,5%**).

Inserimenti in RSA

Gli inserimenti permanenti sono stati sospesi nel **40,6%** dei casi, o solo parzialmente garantiti in misura analoga. L'attività degli **sportelli Puntoinsieme** e dell'**UVM/UVMD** è stata garantita nella quasi totalità dei casi.

Minori

Solo in **10** Zone i Servizi hanno dichiarato di avere effettuato attività integrative alla chiusura dei centri diurni.

Violenza di genere

I Centri Antiviolenza hanno continuato ad operare anche nel corso delle restrizioni, in attuazione della Delibera regionale 503 del 14 aprile 2020.

Educativa domiciliare

50% ha sospeso l'educativa domiciliare garantendo servizi alternativi, il **50%** l'hanno parzialmente garantita su richiesta delle famiglie, coinvolgendo circa la metà degli utenti (**46,8%**).

Migranti/richiedenti asilo

Circa il **30%** dei Servizi ha implementato attività ad hoc, come consegna DPI, effettuazione tamponi, apertura sportelli informativi.

ATTRIBUZIONI E RINGRAZIAMENTI

Il testo è opera congiunta del gruppo di ricerca coordinato da Massimiliano De Luca.

Nello specifico, sono da attribuire a:

Massimiliano De Luca la curatela, l'Introduzione, il capitolo 2 (Marco La Mastra ha collaborato alla rilevazione e all'elaborazione dei dati), il capitolo 6 e le Conclusioni

Michelangelo Caiolfa il capitolo 1

Luca Caterino e Marco Betti il capitolo 3 (Gennaro Evangelista e Selma Rodrigues hanno collaborato nell'elaborazione dati, Barbara Giachi e Selma Rodrigues nella costruzione del questionario rivolto ai Comuni)

Raffaella Barbieri il capitolo 4

Marco La Mastra il capitolo 5

Silvia Brunori ha collaborato al disegno della ricerca.

Roberto Ricciotti, Elisa Gaballo e Gemma Scarti del Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza hanno fornito assistenza tecnica per la rilevazione di cui al capitolo 2.

Questo lavoro è stato realizzato grazie agli sforzi congiunti di diverse persone ed Uffici: l'Assessora Serena Spinelli, il Dirigente Alessandro Salvi (a cui afferisce l'Osservatorio Sociale Regionale), l'Ordine degli Assistenti Sociali della Toscana, i responsabili delle Zone Distretto, dei Comuni, i servizi sociali e tutti gli operatori che hanno collaborato alla rilevazione. A tutti vanno i nostri ringraziamenti, nella certezza che questo lavoro, senza la loro competenza, disponibilità, sensibilità, non sarebbe stato realizzato.

Il rapporto è stato realizzato nell'ambito dell'Accordo di collaborazione tra Regione Toscana, Ordine assistenti sociali Toscana e Fondazione degli assistenti sociali per la formazione e la ricerca di cui alla Del. GRT n. 375 del 10 aprile 2017, per la realizzazione delle attività del progetto "Rapporto sui servizi sociali in Toscana".



Il rapporto è realizzato in modalità accessibile, ed è scaricabile in formato .pdf sul sito dell'Osservatorio Sociale Regionale al seguente link:
www.regione.toscana.it/osservatoriosociale/attivita/servizi-sociali



OSSERVATORIO SOCIALE REGIONALE

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

“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).



**Secondo rapporto sui servizi sociali in toscana
2021**

regione.toscana.it/osservatoriosocialeregionale