



Research Report n. 030 | 23

PROSSIMITÀ E SALUTE: Verso nuovi modelli di integrazione socio- sanitaria su base domiciliare

Gruppo di lavoro:
Riccardo Bodini
Chiara Bodini
Giacomo Pisani
Lorenzo Betti
Enrico Libera
Carlo Andreucci
David Passerini

Il progetto è stato realizzato con il
contributo di:



FONDAZIONE
CASSA DI RISPARMIO
DI TERNI E NARNI

Rapporto realizzato nell'ambito del progetto di
ricerca "Ripensare la salute: rafforzare l'assistenza
di prossimità su base domiciliare".

PROSSIMITÀ E SALUTE:
Verso nuovi modelli di integrazione socio-sanitaria su base domiciliare
R. Bodini¹, G. Pisani², C. Bodini³, L. Betti⁴, E. Libera⁵

Sommario

Introduzione	3
1. Prossimità e salute: un quadro introduttivo	5
1.1 L'approccio di Primary Health Care	5
1.2 Politiche e servizi del territorio	6
1.3 Il ruolo del Terzo settore nelle politiche socio-sanitarie	9
1.4 L'organizzazione collaborativa dei servizi socio-sanitari	11
2. L'integrazione socio-sanitaria nei territori di Terni e Narni	15
2.1 Introduzione	15
2.2 Quadro normativo regionale e locale	15
2.3 I principali attori del sistema	19
2.4 L'integrazione socio-sanitaria in pratica	24
3. Verso l'elaborazione di un nuovo servizio	32
3.1 Introduzione	32
3.2 Il processo	32
3.3 Il Servizio di Abilitazione Comunitaria (SAC)	33
4. Prospettive evolutive	36
4.1 Introduzione	36
4.2 Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e il Decreto Ministeriale 77/2022	36
4.3 Legge quadro sulla disabilità	39
4.4 L'amministrazione condivisa	40
Conclusioni	42
Bibliografia	46
Appendice	49

Editing curato da Federica Silvestri.

Si prega di citare questo Rapporto come:

Euricse (2023). Prossimità e salute: Verso nuovi modelli di integrazione socio-sanitaria su base domiciliare, *Euricse Research Reports*, n. 30|2023. Autori: R. Bodini, G. Pisani, C. Bodini, L. Betti, E. Libera. Trento: Euricse.

¹ Direttore, Euricse.

² PhD, Ricercatore, Euricse.

³ Ricercatrice, Centro di Salute Internazionale e Interculturale (CSI) APS.

⁴ Ricercatore, Centro di Salute Internazionale e Interculturale (CSI) APS.

⁵ Progettista, Aris Formazione e Ricerca

RINGRAZIAMENTI

Il presente Rapporto è il risultato di uno studio condotto da Euricse in collaborazione con il Centro di Salute Internazionale e Interculturale APS (CSI-APS), con Aris Formazione e Ricerca, e con le cooperative sociali ACTL e CIPSS nell'ambito del progetto di ricerca "Ripensare la salute: rafforzare l'assistenza di prossimità su base domiciliare" finanziato dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Terni e Narni.

Il gruppo di lavoro è composto da Riccardo Bodini, Giacomo Pisani, Giulia Galera e Jole Decorte per Euricse; Chiara Bodini, Lorenzo Betti e Matteo Valoncini per CSI-APS; Enrico Libera e Silvia Scarafoni per Aris; Carlo Andreucci per ACTL e David Passerini per CIPSS. Hanno collaborato alle diverse fasi di attività anche Andrea Bernardoni (Legacoopsociali Umbria), Sandro Corsi (ACTL) e Albano Grilli (CIPSS).

Euricse ringrazia la Fondazione Cassa di Risparmio di Terni e Narni per il sostegno finanziario, e il Comune di Terni, il Comune di Narni, la USL Umbria 2 e Legacoopsociali Umbria per il supporto fornito in qualità di partner istituzionali. Inoltre, Euricse ringrazia tutte le persone che hanno dato la loro disponibilità ad essere intervistate e a partecipare ai workshop di co-design.

INTRODUZIONE

Il presente Rapporto di ricerca presenta i principali risultati del progetto "Ripensare la salute: rafforzare l'assistenza di prossimità su base domiciliare", finanziato dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Terni e Narni e realizzato da Euricse in collaborazione con il Centro di Salute Internazionale e Interculturale APS, con Aris Formazione e Ricerca, e con le cooperative sociali ACTL e CIPSS.

Il progetto, a cui hanno aderito in qualità di partner istituzionali il Comune di Terni, il Comune di Narni, l'USL Umbria 2 e Legacoopsociali Umbria, ha perseguito due obiettivi principali: ricostruire un quadro il più possibile completo dell'organizzazione dei servizi socio-sanitari su base domiciliare nei territori di Terni e Narni, e proporre alcune innovazioni dei modelli di intervento per favorire una maggior integrazione tra la dimensione sociale e la dimensione sanitaria.

A partire da un'analisi critica dell'attuale modello di presa in carico dei bisogni di salute, centrato sull'approccio biomedico e su una logica di tipo "prestazionale" segnata da una frammentazione tra ambito sociale e sanitario, il progetto ha indagato le condizioni per favorire il passaggio verso un sistema maggiormente integrato informato da equità e apertura alla comunità, con particolare riferimento ai territori di Terni e Narni. Il campo di analisi e intervento è stato quindi quello dei servizi territoriali a carattere domiciliare, un ambito la cui rilevanza è giustificata dall'attuale quadro demografico ed epidemiologico. Il progetto ha realizzato una mappatura e analisi dell'organizzazione degli interventi domiciliari di carattere sociale, socio-sanitario e sanitario attualmente presenti sui territori, l'analisi dei soggetti pubblici e privati impegnati nell'erogazione degli interventi domiciliari, nonché l'analisi delle politiche e dei dispositivi giuridici a cui essi si riferiscono. Particolare attenzione è stata dedicata al ruolo dei medici di medicina generale, nonché del Terzo settore e delle cooperative sociali, sia a livello di professionalità coinvolte che dei modelli di governance che mettono in campo.

Su questa base, e di concerto con gli attori locali, sono stati identificati gli ambiti e le prospettive di intervento più promettenti per una trasformazione dei servizi domiciliari in un senso di maggiore integrazione tra dimensione sociale e dimensione sanitaria, di contrasto delle disuguaglianze e di un più marcato coinvolgimento della comunità. Il progetto ha portato all'elaborazione di un modello di servizio innovativo e alla formulazione di una serie di raccomandazioni di policy volte al miglioramento dell'organizzazione dei servizi esistenti. Inoltre le attività del progetto, tra cui alcuni incontri di restituzione e commento dei risultati e una serie di workshop di co-design, sono state anche l'occasione per un confronto tra i diversi attori del sistema dei servizi socio-sanitari locali (tra cui in particolare i comuni, l'USL e le cooperative sociali) da cui potranno nascere in futuro nuove forme di dialogo e collaborazione.

I risultati di questo lavoro sono illustrati nei capitoli che seguono. In particolare, il primo capitolo presenta un quadro introduttivo del campo di indagine, attraverso l'approfondimento di alcuni concetti e parole chiave: le politiche di Primary Health Care, l'integrazione socio-sanitaria, la prossimità e la domiciliarità. Il capitolo analizza anche, in una prospettiva storica, il ruolo del Terzo settore nelle politiche socio-sanitarie e introduce il tema delle relazioni collaborative tra Terzo settore e pubblica amministrazione nella programmazione e progettazione dei servizi sociali e sanitari.

Il secondo capitolo è dedicato all'analisi del contesto locale e presenta i risultati della ricerca sul campo nei territori di Terni e Narni. Il capitolo si apre con un'analisi del quadro normativo a

livello regionale e locale, prendendo in esame le principali norme e politiche pubbliche che regolano e programmano l'erogazione dei servizi socio-sanitari, da un lato, e i rapporti tra pubblica amministrazione e Terzo settore, dall'altro. Il capitolo descrive quindi i principali attori del sistema dei servizi socio-sanitari nei territori di Terni e Narni per poi indagare, sulla base di un'analisi documentale e di una serie di interviste semi-strutturate, l'effettivo stato dell'integrazione socio-sanitaria, con particolare riferimento all'ambito dei servizi domiciliari e di prossimità.

Il terzo capitolo illustra il processo e gli esiti dell'attività di co-progettazione volta all'elaborazione di possibili innovazioni nel panorama dei servizi socio-sanitari su base domiciliare. La prima parte del capitolo descrive le modalità con cui si è proceduto alla costruzione e conduzione dei laboratori di co-design, mentre la seconda parte descrive nel dettaglio il nuovo servizio che è stato elaborato. Il rapporto si chiude con una disamina delle prospettive evolutive che nel prossimo futuro impatteranno sul sistema dei servizi socio-sanitari locali, presentate nel quarto capitolo, e con alcune osservazioni conclusive (capitolo cinque) in cui si evidenziano i principali punti di forza e criticità riscontrati nel sistema dei servizi socio-sanitari locali e si propongono alcuni spunti di riflessione per un suo continuo miglioramento.

1. PROSSIMITÀ E SALUTE: UN QUADRO INTRODUTTIVO⁶

1.1 L'approccio di Primary Health Care

L'esperienza collettiva della sindemia da Covid-19 ha reso ancora più manifesto quanto già noto a proposito dei moderni sistemi socio-sanitari, ovvero la necessità di una profonda trasformazione per rispondere in modo efficace alle mutate condizioni demografiche, epidemiologiche e sociali. Il modello assistenziale su cui si fonda il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), orientato alla cura delle patologie acute e ospedalocentrico, risulta infatti inadeguato per rispondere alla complessità dei processi che influiscono su salute e malattia, di cui le patologie croniche sono un efficace esempio. Queste non possono essere affrontate tramite un approccio di attesa, che interviene solo quando il patrimonio di salute della persona è già depauperato, né da un modello assistenziale di matrice esclusivamente biomedica. Le dimensioni della promozione della salute, della prevenzione e della riabilitazione giocano in questo senso un ruolo fondamentale, ad oggi ancora decisamente poco sviluppato. Tali dimensioni travalcano l'aspetto biologico del binomio salute-malattia e coinvolgono gli aspetti psicologici, esistenziali, culturali, sociali, economici, politici, ambientali. Si tratta, quindi, di passare da un modello centrato sulla cura della patologia ad uno che pone l'attenzione sul mantenimento della salute.

In questo scenario, appare utile rifarsi al quadro teorico e organizzativo della Primary Health Care (PHC), un approccio definito nel corso della conferenza dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) svoltasi ad Alma Ata nel 1978 (WHO, 1978). Durante la conferenza venne sottolineata la necessità di un sistema di assistenza nel quale l'oggetto dell'azione non fosse limitato al trattamento delle patologie, ma orientato alla salute, centrato sulle persone e sulle comunità. La conferenza si diede l'obiettivo di raggiungere il più alto livello di salute per tutte le persone (*Health for All*), tramite politiche intersettoriali riguardanti – oltre alla sfera sanitaria – anche altri ambiti come lavoro, trasporti, alimentazione, educazione, casa, attività fisica, ecc. Un approccio che, vent'anni più tardi, sarà definito di "salute in tutte le politiche" (*Health in All Policies*).

L'attualità dell'approccio di PHC è stata ribadita dalla stessa OMS nel Rapporto Mondiale sulla Salute del 2008 (*Primary Health Care: Now More Than Ever*) (WHO, 2008) e nella Conferenza di Astana del 2018 (*Global Conference on Primary Health Care*) (WHO, 2018a). Sempre nel 2018, l'OMS ha pubblicato uno studio (WHO, 2018b) sul rapporto costi-efficacia della PHC, sostenendo che – a fronte di un investimento iniziale per spostare l'accento dalla performance sanitaria, alla prevenzione e partecipazione in salute – essa produce un forte risparmio di prestazioni sanitarie a medio e lungo termine, soprattutto rispetto ai ricoveri ospedalieri e agli accessi in pronto soccorso. La partecipazione in salute e l'utilizzo delle risorse presenti sul territorio determinano inoltre un aumento dell'equità in salute. In Italia, esiste dal 2018 una campagna nazionale che ha come obiettivo la diffusione e lo sviluppo della PHC nel nostro paese (2018: *Primary Health Care Now or Never*). La campagna ha recentemente pubblicato un documento collettivo, il "Libro azzurro per la riforma delle cure primarie in Italia" (Campagna PHC, 2021), che propone una serie di principi e strategie per una profonda trasformazione del sistema territoriale delle cure.

La PHC rappresenta di fatto un approccio onnicomprensivo che tiene conto di tutte le variabili che influenzano la salute delle persone e delle comunità, oltrepassando l'ambito prettamente

⁶ Questo capitolo riprende in parte i contenuti già pubblicati in forma di working paper alla fine della prima fase del progetto di ricerca (Betti, Bodini, Galera e Pisani, 2022).

sanitario e individuale (Bonaldi *et al.*, 2021). Tale approccio consente di superare la frammentazione tra gli attori coinvolti – sia professionali che comunitari – mediante la creazione di reti assistenziali multiprofessionali, multisettoriali e multidimensionali, a partire dal coinvolgimento delle persone e delle comunità, soggetti attivi a tutti gli effetti della propria salute, intesa come bene comune.

1.2 Politiche e servizi del territorio

Per andare nella direzione della PHC, le politiche che guidano i servizi territoriali devono essere improntate a favorire e supportare l'integrazione socio-sanitaria e la prossimità, intesa sia come vicinanza fisica alle persone, sia come centralità degli attori sociali del territorio nella definizione e organizzazione dei servizi. In questo paragrafo, faremo un inquadramento storico e attuale di questi due cardini delle politiche territoriali, proseguendo poi con un approfondimento sul tema della domiciliarità, che su tali cardini poggia.

1.2.1 *Integrazione socio-sanitaria*

L'integrazione socio-sanitaria, intesa come modalità di organizzazione delle prestazioni, era stata prevista all'interno del Servizio Sanitario Nazionale (Di Nicola, Pavesi, 2012) come strumento atto a promuovere la salute delle persone. L'adozione di tale modalità di organizzazione dei servizi si inseriva nell'intento di assumere una concezione complessa della salute, che tenesse conto della molteplicità di aspetti – psicologici, sociali, relazionali – in essa implicati (Donati, 1986). Non si tratta, allora, di un dispositivo meramente tecnico, ma di uno strumento che si colloca in una specifica visione del rapporto fra salute e persona. Come sintetizzano Pavesi e Di Nicola, "l'integrazione tra servizi socio-sanitari non è una soluzione tecnica che favorisce rapidità di interventi ed economie gestionali: è un'esigenza che rimanda a una precisa concezione della persona, in quanto alla base dell'integrazione vi sono principi e presupposti antropologici ed etici" (Di Nicola, Pavesi, 2012, p. 210).

La questione dell'integrazione socio-sanitaria si pone, in particolar modo, a partire dalla progressiva divaricazione dei due ambiti, sociale e sanitario. Tale scollamento si è andato accentuando all'indomani dell'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, quando una serie di processi sono intervenuti a frenare progressivamente la spinta riformatrice in esso contenuta. In generale, come sintetizzano Chiara Giorgi e Ilaria Pavan, "le politiche sanitarie e più in generale il welfare risentirono degli orientamenti verso politiche caratterizzate da una liberalizzazione dei mercati, dalla privatizzazione dei servizi pubblici e di welfare, da una forte espansione della finanza, dall'estensione della logica di profitto negli ambiti legati alla riproduzione sociale" (Giorgi, Pavan, 2021, p. 475). Il problema dell'integrazione socio-sanitaria diviene dunque di particolare urgenza, come è stato rilevato, solo a partire dalla frammentazione esistente nei sistemi eroganti che – non va dimenticato – è effetto di un artificio (Folgheraiter, 2009, pp. 435-436).

C'è da aggiungere che i pur numerosi tentativi compiuti nei decenni successivi all'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale di chiarire e promuovere da un punto di vista normativo l'integrazione socio-sanitaria hanno avuto esiti poco lineari, rischiando addirittura in alcuni casi di accentuare lo scollamento fra le due sfere. Basti pensare al risultato dei processi di "sussidiarizzazione" delle politiche sociali, che hanno avuto un'accelerazione a inizio anni 2000, anche a seguito della riforma del Titolo V della Costituzione avvenuta nel 2001, che segna il

riconoscimento costituzionale del principio di sussidiarietà orizzontale e verticale. Essi, pur essendo diretti a moltiplicare gli attori impegnati sul fronte del disegno delle politiche, sono spesso stati concretamente interpretati semplicemente nel senso del decentramento istituzionale, nell'ambito di una logica di appalto dei servizi essenziali da parte del pubblico che ha incentivato la competizione fra gli attori.

È con la legge 328 del 2000, in particolare, che si inizia un processo di "ripensamento" in senso partecipativo delle politiche sociali, il quale non ha sempre avuto, però, gli esiti sperati. Su questo quadro ha inciso, in particolar modo, l'orientamento delle politiche nazionali avviate a seguito della crisi economica. A partire dalla seconda metà dello scorso decennio, infatti, il restringimento della spesa destinata al welfare da parte del governo nazionale con l'annesso taglio agli enti locali ha avuto un forte impatto sui processi di collaborazione fra pubblico e Terzo settore (Fazzi, 2014), avvantaggiando, piuttosto, dinamiche di competizione "al ribasso" fra privato sociale e privato for-profit (Farris, Marchetti, 2017).

1.2.2 Prossimità

Il lavoro di "prossimità", come ha dimostrato la sindemia di Covid-19, è centrale ai fini dell'efficienza e dell'efficacia dei sistemi di welfare locale. Esso si fonda sul rapporto diretto tra i bisogni, le specificità territoriali e i servizi. A partire dalla nascita del SSN sono stati e sono tuttora molti i servizi socio-sanitari che mettono al centro la vicinanza al territorio e agli utenti finali coinvolgendo il Terzo settore locale nella pianificazione e nell'erogazione dei servizi. Nel lavoro di prossimità è di fondamentale importanza la relazione con i territori in cui si opera.

A partire dagli anni Ottanta, anche grazie alla regionalizzazione delle politiche sociali stimolate dalle direttive dell'Unione Europea (Bifulco, 2016; Brenner, 2009), si sono sviluppate in maniera crescente politiche di welfare su scala locale che, in alcuni territori, hanno prodotto interessanti pratiche di prossimità. Queste hanno messo sempre più al centro le decisioni locali e la governance territoriale, nonché l'interdipendenza tra le vari condizioni che determinano gli esiti in salute, a partire dall'idea secondo cui "la scala locale favorisce interventi integrati in armonia con i bisogni/domande della collettività" (Bifulco, 2016).

La concettualizzazione e la pratica della prossimità socio-sanitaria, come abbiamo visto, è un punto fondamentale per lo sviluppo di pratiche di welfare nella direzione della *Primary Health Care*. L'approccio di prossimità, instaurando un rapporto diretto tra la cittadinanza e l'implementazione delle politiche sociali, ha come presupposto una partecipazione strutturale del contesto territoriale nella presa in carico e nello sviluppo delle politiche stesse (Marocchi, 2017). Nel rapporto dialogico tra le istituzioni responsabili di politiche socio-sanitarie e le formazioni sociali che operano nel territorio le dinamiche partecipative sono decisive. In quest'ottica, la realizzazione di politiche di prossimità socio-sanitaria si inserisce a pieno titolo nell'approccio di *Primary Health Care*.

Negli ultimi anni, prima dell'esplosione della sindemia di Covid-19, le politiche sanitarie hanno dato sempre maggiore centralità alla specializzazione clinica, alla gestione manageriale aziendale basata sull'erogazione prestazionale del servizio e al conseguente accorpamento di buona parte dei servizi sanitari in grandi strutture ospedaliere scollegate dal territorio e dalla vita delle persone. Di conseguenza, la questione della prossimità è per lo più stata relegata al rapporto tra i Medici di Medicina Generale e i loro pazienti. Eppure, ripartire dalla legge che ha istituito il SSN permette di cogliere l'importanza che il legislatore aveva dato alla promozione della salute e quanto questa fosse fondamentalmente legata ad un'organizzazione e una

governance territoriale più prossima alle cittadine e ai cittadini, che garantisse loro adeguata partecipazione. Nei quarant'anni che sono trascorsi dalla fondazione del SSN ad oggi, questo lavoro di prossimità, e quindi di Primary Health Care, è rimasto residuale all'interno della strutturazione del sistema sanitario. Sono infatti questi servizi ad essere stati tra i più esposti alle politiche di austerità e di scarso investimento economico, oltre che ad una scarsa lungimiranza nell'investimento di formazione medica.

Se, per quanto riguarda le politiche sanitarie, il lavoro di prossimità non è riuscito a svilupparsi in maniera organica e a strutturarsi all'interno del SSN, esso ha trovato maggiore agibilità all'interno delle politiche sociali. La possibilità di innovazione in un'ottica di prossimità del servizio è stata stimolata dalla governance del servizio sociale che, essendo dipendente dai bilanci degli enti locali (in particolare i Comuni), ha spesso favorito lo sviluppo di una stretta relazione tra decisori pubblici e politici locali, Terzo settore e cittadinanza attiva. Questo, se, da un lato, ha reso possibile la nascita e lo sviluppo di interessanti politiche di prossimità, consentendo l'interazione tra bisogni e risorse della comunità con bisogni e risorse del servizio sociale e degli enti locali coinvolti, d'altro canto, a seconda delle risorse culturali e sociali che territori differenti esprimono, ha reso frequentemente frammentaria e disomogenea l'implementazione di queste politiche (Bifulco, 2016).

Secondo Marocchi (2017), il lavoro di prossimità può essere un paradigma che, mettendo al centro la partecipazione della comunità nelle politiche di welfare, va nella direzione di superare le politiche prestazionali. In questa modalità di lavoro il territorio "è destinatario e protagonista allo stesso tempo" dell'intervento sociale, riservando all'istituzione pubblica un ruolo di garanzia.

Come abbiamo accennato, se, da un lato, questo protagonismo dei territori può dar vita ad esperienze virtuose, dall'altro lato, se non accompagnato da una forte regia e controllo da parte delle istituzioni pubbliche, rischia di aumentare la frammentazione delle politiche sociali. Tale tendenza va ad incrementarsi laddove le spinte di mercato sono più forti. Il fenomeno può quindi essere compensato se il pubblico interpreta un ruolo di controllo e regia delle politiche socio-sanitarie (Bifulco, 2016; Marocchi, 2017).

1.2.3 Domiciliarità

Il concetto di domiciliarità indica il contesto dotato di senso per la persona, connettendo quest'ultima a ciò che la circonda. Inizialmente focalizzata sulla casa e sulle cose materiali e immateriali collegate alla storia della persona, la categoria si è poi estesa fino a comprendere le relazioni sociali, il paesaggio, la natura, la cultura, la storia del proprio territorio e della comunità locale. In altre parole, essa comprende sia "l'interno" che "l'intorno" della persona.

La domiciliarità non deve essere confusa con l'assistenza domiciliare, essendo quest'ultima unicamente uno strumento – seppur tra i più rilevanti – per sostenerla. Secondo "La Bottega del Possibile", associazione che fin dalla sua nascita alla metà degli anni Novanta si pone come finalità la diffusione della cultura della domiciliarità, per poter rispettare la domiciliarità di una persona, quando questa lo richiede, occorre poter sostenerne lei e la sua famiglia offrendo risorse suppletive, in sostituzione di quelle mancanti per la sopravvivenza minore autonomia. Questo si realizza attraverso un progetto individuale integrato e di rete tra i vari servizi e settori di intervento, nonché attraverso il coinvolgimento delle persone, della famiglia e della comunità locale. Si parla qui di una "domiciliarità sostenuta" contrapposta ad una "di abbandono". Poiché le condizioni e gli strumenti necessari sono molteplici (assistenza domiciliare sociale e sanitaria,

centri diurni, ma anche trasporti, cura del territorio, e informazioni adeguate) si parla a questo proposito di "sistema domiciliarità", un sistema complesso con una sua architettura e ingegneria.

L'assistenza domiciliare è uno dei cardini di tale sistema: esso consiste in un servizio incentrato sulla relazione di aiuto per la persona e la famiglia, finalizzato a portare a casa gli interventi necessari a sostenere le azioni del quotidiano (alzarsi, vestirsi, lavarsi, camminare, mangiare, ecc.), la gestione della casa e il rapporto con l'esterno (informazioni per accesso a servizi e prestazioni, utilizzo delle risorse, ecc.). Essa può comprendere strumenti come l'assegno di cura, i pasti a domicilio, il servizio di lavanderia, l'affidamento familiare, il telesoccorso, e può essere gestita direttamente dal servizio pubblico o tramite l'affidamento a cooperative sociali, oppure acquistata con "buoni servizio". Si tratta in ogni caso di un intervento integrato tra i comparti socio-assistenziale e sanitario, tra livelli di intervento (ad esempio, ospedale-territorio), tra figure professionali diverse (ad esempio, infermiere, educatore, volontario, medico di medicina generale, assistente sociale). L'assistenza domiciliare è inoltre un modo per capacitare la famiglia e sostenerla nell'aiutare la persona cara in difficoltà.

L'assistenza domiciliare non riguarda solo le persone anziane non autosufficienti, ma anche persone dimesse da strutture ospedaliere, persone con patologie croniche o oncologiche in trattamento, persone che per condizione fisica, clinica o sociale necessitano di supporto assistenziale. La conoscenza delle persone che usufruiscono del servizio di assistenza domiciliare, delle prestazioni erogate, dei relativi costi ed esiti, pur migliorata negli ultimi anni grazie all'istituzione del Sistema Informativo dell'Assistenza Domiciliare (SIAD), rimane parziale e disomogenea. Tali informazioni, anche quando correttamente rilevate, offrono una lettura parziale del fenomeno, senza collocare opportunamente la parte di assistenza domiciliare nel più ampio percorso di diagnosi, cura, riabilitazione e reinserimento nell'ambiente di vita.

A fronte di una riduzione progressiva dei posti letto ospedalieri (Sparano, 2021), e di mutate condizioni demografiche ed epidemiologiche che rendono l'assistenza domiciliare sempre più una necessità diffusa e continuativa per le persone (e non un intervento spot in caso di acuzie), nel nostro Paese essa permane in una condizione di carente sviluppo. Gli interventi sono pochi, spesso frammentati e insufficienti rispetto alle esigenze e anche a confronto della situazione degli altri Paesi europei.

1.3 Il ruolo del Terzo settore nelle politiche socio-sanitarie

Per una ricostruzione completa e puntuale della presenza e ruolo degli enti di Terzo settore nell'erogazione di servizi sanitari e assistenziali si rimanda al rapporto "Tra sanità e assistenza: una filiera da ricomporre. Evoluzione e ruolo del Terzo settore in Italia" (Euricse, 2022). Ci si limita qui a proporre alcuni cenni per fornire una prospettiva evolutiva utile ad inquadrare le riflessioni che seguiranno.

Il Terzo settore italiano si compone di un arcipelago articolato di organizzazioni con caratteristiche diverse, che affonda le radici nella tradizione cattolica e nei movimenti sociali (Borzaga, Ianes, 2021; Ianes, Borzaga, 2006). Accanto a un ricco settore associativo e ad un variegato mondo del volontariato, spicca il contributo della cooperazione sociale, vale a dire il principale soggetto economico attivo all'interno del Terzo settore (Borzaga, Lepri, 1987).

La massima espansione del Terzo settore è stata registrata negli ultimi tre decenni, periodo in cui è passato dall'essere un attore marginale a rivestire rilevanza sociale, occupazionale ed

economica (Borzaga, 2020a). In questo periodo le organizzazioni che compongono il Terzo settore hanno mostrato una dinamica evolutiva molto vivace, sia in termini quantitativi, sia rispetto alla capacità di sperimentare nuove forme organizzative e disegnare nuovi servizi in risposta ad un corollario di bisogni complessi (Ianes, 2009). Tra le forme organizzative sperimentate dal basso e normate *ex post*, spiccano in *primis* la “cooperativa sociale”, riconosciuta dalla legge 381/1991 e l’“organizzazione di volontariato”, riconosciuta dalla legge 266/1991.

A stimolare questo vivace processo evolutivo sono state principalmente le trasformazioni demografiche, sociali e culturali degli anni Settanta, unitamente alla crisi strutturale del sistema di welfare (Ianes, Borzaga, 2006). Per dare risposta a bisogni crescenti e sempre più diversificati in maniera stabile e continuativa, gruppi di volontari si sono auto-organizzati attraverso nuove iniziative, oppure stimolando la trasformazione delle organizzazioni esistenti con ruolo di advocacy – nate per denunciare, ad esempio, la mancanza di servizi pertinenti per pubblici fragili – in produttori di servizi di welfare.

Se guardiamo al grado di copertura dei bisogni, il merito di aver colmato il vuoto lasciato da un sistema di welfare pubblico, povero e incentrato prevalentemente su trasferimenti monetari, è pertanto del Terzo settore. Sono infatti le organizzazioni di Terzo settore ad aver avviato le prime comunità terapeutiche per persone con dipendenze da sostanze, le case famiglia per minori, per persone con problemi psichiatrici oltre all’assistenza domiciliare alle persone anziane. E anche negli ultimi due anni, in cui il servizio sanitario si è trovato sull’orlo del collasso e il sistema economico si è confrontato con una crisi senza precedenti, il Terzo settore nelle sue varie forme ha svolto un ruolo fondamentale: ha, da una parte, continuato a garantire i propri servizi contro ogni ostacolo, dall’altra, un numero significativo di organizzazioni è stato in grado di modificare in poco tempo la propria offerta di servizi e si è impegnato per assicurare servizi essenziali ai cittadini e alle comunità in cui opera, ponendo particolare attenzione alle fasce più deboli della popolazione (Bernardoni, 2020).

Ad assumere rilevanza, negli ultimi tre decenni, è stata per lo più la componente imprenditoriale, ovvero la cooperazione sociale attiva nei settori sociale e socio-sanitario, che rappresenta il principale bacino occupazionale del Terzo settore (Istat/Euricse, 2021) e svolge un ruolo fondamentale nel rispondere ai bisogni delle persone (Calabrese, Falavigna, 2021; Euricse, 2015). In seno al Terzo settore, gli ambiti sociale e socio-sanitario sono anche quelli che mostrano le dinamiche evolutive più differenziate, su cui vale la pena soffermarsi brevemente onde sgombrare il campo da analisi parziali, che rischierebbero di sottovalutare il potenziale del Terzo settore nello sviluppo di nuovi servizi socio-sanitari, di cui – anche a seguito della sindemia di Covid-19 – si sente un crescente bisogno (Borzaga, 2021). Da un lato, è centrale riconoscere il contributo di un’importante componente della cooperazione sociale che continua ad essere contraddistinta da una spiccata capacità di leggere e intercettare nuovi bisogni, a fronte di un’inappropriatezza strutturale dei servizi di welfare pubblici e delle unità sanitarie locali. Questa capacità, che è tanto più evidente quanto più le cooperative sociali sono radicate sul territorio e sono inclini ad ascoltare e dialogare con una pluralità di attori locali, ha permesso di elaborare risposte articolate e personalizzate improntate ad una visione unitaria della persona. Dall’altro lato, è nondimeno fondamentale riconoscere il progressivo spostamento di una parte della cooperazione sociale verso le tipologie di utenti e di servizi maggiormente “preferiti” dalle pubbliche amministrazioni, prediligendo in questo caso un approccio tipicamente prestazionale. Questo fenomeno, indotto dai processi di esternalizzazione dei servizi socio-sanitari attraverso bandi competitivi, ha portato un numero crescente di cooperative sociali a gestire prestazioni sanitarie per conto della sanità pubblica (Bernardoni, Picciotti, 2019). Esso si è quindi tradotto

nella pura fornitura su appalto di servizi socio-assistenziali (quando non di sole ore di lavoro) a fronte di una crescente incapacità di intercettare nuovi bisogni e un progressivo degrado – in molti casi – sia della qualità del lavoro, sia della qualità dei servizi (Borzaga, 2021 e Borzaga, 2018).

1.4 L'organizzazione collaborativa dei servizi socio-sanitari

Passeremo qui ad approfondire l'evoluzione dei modelli di governance relativi al disegno delle politiche sociali e all'erogazione dei servizi sociali e sanitari, con particolare riferimento alle relazioni tra amministrazioni pubbliche e Terzo settore. Ripercorreremo innanzitutto i principali momenti che hanno scandito l'evoluzione dei sistemi di welfare in Italia, che sono passati attraverso processi di regionalizzazione e di sussidiarizzazione. Ci concentreremo, poi, sulle dinamiche che hanno segnato la traduzione concreta del principio di sussidiarietà orizzontale, soffermandoci in particolare sui limiti e sulle criticità che l'hanno caratterizzata. Ciò ci permetterà di mettere a tema le potenzialità degli istituti della co-programmazione e della co-progettazione, al centro dell'art. 55 del Nuovo codice del Terzo settore, come strumenti in grado di favorire una riarticolazione in senso democratico e partecipativo del disegno delle politiche sociali.

1.4.1 L'evoluzione della governance

A partire dagli anni Novanta il governo del SSN in Italia è andato in direzione di una progressiva regionalizzazione (Pastori, 2002). In particolare, con la legge delega n. 419 del 1998, "al piano sanitario nazionale dovevano essere riservati l'individuazione degli obiettivi di salute, i livelli uniformi ed essenziali di assistenza e le prestazioni efficaci ed appropriate da garantire a tutti i cittadini: intendendo con ciò affidare al piano sanitario nazionale gli stretti compiti che non possono non essere esercitati in modo unitario su scala nazionale e, nel contempo, liberalizzare il ruolo di programmazione regionale" (Pastori, 2002, p. 89). Nel frattempo veniva potenziato il ruolo dei Comuni nell'ambito della programmazione sanitaria a livello regionale e locale.

La successiva emanazione della legge 328, nel 2000, ha segnato un atto decisivo verso la sussidiarizzazione delle politiche sociali. Con essa gli enti territoriali (Regioni e Comuni) divengono i principali protagonisti del welfare locale. Come è stato rilevato, "le Regioni acquistano un ruolo centrale nel settore delle politiche sociali esercitando funzioni di programmazione, coordinamento e indirizzo, mentre i Comuni diventano titolari della gestione di interventi e servizi sociali a favore dei cittadini" (Turchini, 2019, p. 7). In particolare, l'art. 5 del dispositivo afferma che, "per favorire l'attuazione del principio di sussidiarietà, gli enti locali, le regioni e lo Stato [...] promuovono azioni per il sostegno e la qualificazione dei soggetti operanti nel Terzo settore". Gli enti pubblici, dunque, possono ricorrere a "forme di aggiudicazione o negoziali che consentano ai soggetti operanti nel Terzo settore la piena espressione della propria progettualità".

La 328, inoltre, poneva la necessità – ribadita in particolare nell'art. 3 – che gli enti locali, regioni e Stato, programmassero gli interventi sociali secondo i principi di "coordinamento e integrazione" con gli interventi sanitari, collaborando con gli enti di Terzo settore e con le "aziende unità sanitarie locali per le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria comprese nei livelli essenziali del Servizio sanitario nazionale". I temi dell'integrazione socio-sanitaria e del coordinamento orizzontale e verticale ritornano in diversi articoli, contribuendo a costruire l'impalcatura del dispositivo.

Tuttavia, seppure il contesto di competenza legislativa concorrente in cui si colloca la 328 viene sciolto dalla riforma costituzionale, che afferma per il socio-assistenziale la competenza esclusiva delle Regioni, restano alcuni nodi non risolti. Come sintetizza Ranci Ortigiosa, "a tale attribuzione non è però seguito un trasferimento delle funzioni amministrative ancora gestite centralmente, e delle relative risorse, che totalizzano circa i nove decimi dell'intera spesa socio-assistenziale. Da qui la contraddittoria situazione per cui le Regioni hanno nella loro disponibilità quasi tutte le funzioni e le risorse finanziarie relative al sistema sanitario che gestiscono anche attraverso loro fiduciari, i direttori regionali delle aziende, pur avendo in materia solo competenza legislativa concorrente con quella dello Stato, mentre in campo socio-assistenziale, dove hanno competenza legislativa esclusiva combinata con la competenza amministrativa dei Comuni, non dispongono delle importantissime funzioni e delle risorse relative alle erogazioni monetarie (assegni e pensioni sociali, assegni di accompagnamento, invalidità, ecc.)" (Ranci Ortigiosa, 2004, p. 540).

Importanti cortocircuiti sono rilevabili anche a livello di ripartizione delle risorse, visto che i livelli essenziali di assistenza sanitaria, in quanto riconosciuti come diritti soggettivi, sono finanziati in base a norme specifiche, mentre i livelli di assistenza sociale non sono normati positivamente – nonostante la previsione già contenuta nella 328 – e non beneficiano di un apposito finanziamento da parte dello Stato, dunque gravano sugli utenti e sui comuni. Il quadro normativo delineato dalla 328 – che è stato ulteriormente chiarito dal DPCM del 30 marzo 2001 – ha così dovuto fare i conti con il ridimensionamento della spesa destinata agli investimenti sociali, che ha avuto un'accelerazione proprio all'indomani dell'approvazione della legge.

Per quel che riguarda i rapporti fra amministrazioni pubbliche e Terzo settore, il restringimento della spesa destinata al welfare, ulteriormente accentuatosi con le politiche di austerity a seguito della crisi del 2008 (Vitale, 2013), ha gravato sulla qualità dei servizi, frutto spesso di una competizione al ribasso innescata fra enti di Terzo settore e privato for-profit. La crescita del privato for-profit nel settore dell'assistenza ha favorito una progressiva "mercatizzazione" dei servizi di assistenza (Pavolini, Ranci, 2008; Pisani, 2019). Tale processo, che ha subito un'ulteriore espansione a seguito della crisi economica sia in Italia che a livello europeo, viene spesso identificato sotto il segno della "corporatizzazione" della cura (Farris, Marchetti, 2017).

1.4.2 La co-progettazione del welfare locale

Al centro dell'art. 55 del Nuovo codice del Terzo settore vi sono due istituti giuridici, co-programmazione e co-progettazione, il cui significato è stato ulteriormente chiarito grazie alla sentenza della Corte Costituzionale n. 131 del 26 giugno 2020. Interessa qui, in particolare, approfondire le potenzialità di tali istituti sul fronte dell'integrazione socio-sanitaria.

Al di là della specificità degli istituti giuridici richiamati, la co-progettazione ha in molti casi identificato "un insieme di iniziative di collaborazione inter-organizzativa, che spesso si realizzano attraverso delle dinamiche informali, scritte da condizionamenti normativi e frutto della convergenza di visioni ed interessi di più attori" (Rossi, Colombo, 2019, p. 413). Tale categoria ha spesso avuto una funzione "ombrello", e non ha sempre segnalato dinamiche di tipo collaborativo, essendo piuttosto adoperata, di volta in volta, per definire rapporti fra pubblico e privato di natura assai diversa. Per esempio, la co-progettazione, anche in virtù dell'incertezza legislativa in cui ha versato, ha spesso identificato, seppur impropriamente (Rossi, Colombo, 2019), procedure di esternalizzazione di servizi pubblici (Moschetti, 2016) che si sono inserite, soprattutto a partire dagli anni 2000, in un più generale processo di "dissimilazione" del ruolo del pubblico (Ascoli, 2020). Com'è noto, il processo di "mercatizzazione" del welfare, già richiamato in precedenza, ha favorito il proliferare di dinamiche competitive fra privato sociale e privato for-

profit, che ha inciso innanzitutto sulla vocazione sociale del Terzo settore (Fazzi, 2014), nonché sulla qualità dei servizi (Decarolis, 2014). Le pratiche di co-progettazione non si sono sottratte a queste logiche: le procedure tese ad innescare pratiche di collaborazione fra pubblico e Terzo settore sono state incardinate entro la più generale tendenza del pubblico ad appaltare servizi essenziali. Basti pensare alla programmazione dei "piani di zona" previsti dalla legge 328 del 2000 che, come sintetizza Luca Fazzi, "impegnava pubblico e Terzo settore nell'analisi di problemi e definizione di obiettivi, ma lasciava poi piena discrezionalità al soggetto pubblico di appaltare i servizi" (Fazzi, 2021). Più in generale il principio di sussidiarietà, introdotto nell'art. 118 della Costituzione, è stato spesso interpretato come un'autorizzazione all'esternalizzazione dei servizi pubblici, piuttosto che in quanto riconoscimento dell'estensione della "sovranità pratica" delle formazioni sociali orientate alla realizzazione dell'interesse generale (Cotturri, 2020; Ascoli, 2020).

Oggi, gli istituti della co-programmazione e della co-progettazione hanno trovato nella sentenza della Corte Costituzionale un'esplicazione puntuale, che sembra aver finalmente eliminato le ambiguità, impedendo ulteriori interpretazioni "devianti" degli istituti stessi. Proveremo qui a descrivere il complesso scenario delineato dai due istituti, co-programmazione e co-progettazione, che insieme all'accreditamento possono descrivere un nuovo meccanismo di disegno delle politiche e di progettazione ed erogazione dei servizi.

Secondo l'art. 55 del Nuovo codice del Terzo settore, le amministrazioni pubbliche nell'esercizio delle proprie funzioni di programmazione e organizzazione a livello territoriale di interventi e servizi orientati al perseguimento dell'interesse generale, "assicurano il coinvolgimento attivo degli enti del Terzo settore, attraverso forme di co-programmazione e co-progettazione e accreditamento".

Per co-programmazione, all'interno del dispositivo, si intende un procedimento finalizzato all'individuazione "dei bisogni da soddisfare, degli interventi a tal fine necessari, delle modalità di realizzazione degli stessi e delle risorse disponibili". La co-progettazione, invece, è "finalizzata alla definizione ed eventualmente alla realizzazione di specifici progetti di servizio o di intervento finalizzati a soddisfare bisogni definiti", alla luce degli strumenti di co-programmazione. Tali istituti si combinano con l'accreditamento, che designa il processo d'individuazione degli enti con cui attivare forme di partenariato finalizzate alla collaborazione, che deve avvenire sia nelle fasi di co-programmazione che in quelle di co-progettazione. Come recita l'articolo, "l'individuazione degli enti del Terzo settore con cui attivare il partenariato avviene anche mediante forme di accreditamento nel rispetto dei principi di trasparenza, imparzialità, partecipazione e parità di trattamento, previa definizione, da parte della pubblica amministrazione precedente, degli obiettivi generali e specifici dell'intervento, della durata e delle caratteristiche essenziali dello stesso nonché dei criteri e delle modalità per l'individuazione degli enti partner". Le modalità, più nello specifico, attraverso le quali poter articolare la concreta attivazione delle procedure sono descritte all'interno delle "linee guida" sul rapporto tra pubbliche amministrazioni ed enti del Terzo settore negli articoli 55-57 del decreto legislativo n. 117 del 2017, dettate con il decreto n. 72/2021. Esse forniscono un supporto alle pubbliche amministrazioni che sono chiamate a dare concreta applicazione alle norme del Codice relative al coinvolgimento degli enti di Terzo settore.

Il complesso istituzionale che ne deriva articola uno spazio di collaborazione fra pubblico e Terzo settore, sottratto alle relazioni competitive tipiche del mercato inteso come luogo dello "scambio per il guadagno" (Borzaga, 2020b). Su questo passaggio ha contribuito a fare chiarezza la sentenza della Corte Costituzionale n. 131 del 26 giugno 2020, dichiarando che l'art. 55 del

Codice del Terzo settore, "rappresenta dunque una delle più significative attuazioni del principio di sussidiarietà orizzontale valorizzato dall'art. 118, quarto comma, Cost.". Viene scardinata definitivamente l'idea per cui soltanto gli enti pubblici possano perseguire l'interesse generale: le organizzazioni di Terzo settore non solo sono legittime alla realizzazione di quest'ultimo, ma sono l'unico soggetto ad avere accesso ad un canale di collaborazione con i poteri pubblici in cui la loro posizione è tutt'altro che subordinata. La sentenza della Corte, infatti, specifica il carattere "non sinallagmatico" del rapporto che essi intrattengono con le amministrazioni pubbliche. Come recita la sentenza "il modello configurato dall'art. 55 CTS, infatti, non si basa sulla corresponsione di prezzi e corrispettivi dalla parte pubblica a quella privata, ma sulla convergenza di obiettivi e sull'aggregazione di risorse pubbliche e private per la programmazione e la progettazione, in comune, di servizi e interventi diretti a elevare i livelli di cittadinanza attiva, di coesione e protezione sociale, secondo una sfera relazionale che si colloca al di là del mero scambio utilitaristico". L'esclusività dell'accesso a tale canale di collaborazione deriva, come recita la sentenza, dalla "effettiva 'terzietà' (verificata e assicurata attraverso specifici requisiti giuridici e relativi sistemi di controllo) rispetto al mercato e alle finalità di profitto che lo caratterizzano". Si delinea, in tal modo, un canale di "amministrazione condivisa", come definito dalla sentenza, in cui l'attività delle organizzazioni di Terzo settore viene sottratta, per quel che riguarda la realizzazione dell'interesse generale, alla competizione con i soggetti for-profit. Piuttosto, essi vengono riconosciuti come "partner" degli enti pubblici nella risposta ai bisogni fondamentali.

Se il welfare ha costituito il principale ambito di azione per il Terzo settore negli ultimi decenni, l'art. 55 e la sentenza della Corte Costituzionale compiono un passo ulteriore: essi evitano di separare il welfare dalle altre sfere di programmazione delle politiche pubbliche e assumono, piuttosto, la centralità dell'interesse generale, come obiettivo in vista del quale deve essere favorita la collaborazione fra amministrazioni pubbliche e Terzo settore. Si apre uno spazio, dunque, in cui non solo è possibile attivare un modello di amministrazione fondato sulla collaborazione e sulla cooperazione, ma in cui le finalità sociali e solidaristiche possono occupare una posizione di assoluta centralità, descrivendo nuovi scenari di sviluppo locale orientati all'effettiva garanzia del benessere della collettività.

2. L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA NEI TERRITORI DI TERNI E NARNI

2.1 Introduzione

Il presente capitolo si fonda, dal punto di vista metodologico, su un'analisi documentale delle principali fonti normative e programmatiche disponibili a livello regionale e subregionale, completate da alcuni riferimenti alla normativa nazionale, nonché sull'analisi testuale di diverse interviste svolte a persone con ruoli chiave nei livelli politici e dirigenziali dei Comuni capoluogo (Terni e Narni), della Regione, dell'Azienda USL Umbria 2, del Terzo settore (cooperative sociali e mondo associativo) e delle rappresentanze sindacali⁷. Benché non esaustive, le prospettive raccolte tramite le interviste, integrate con la documentazione normativa e programmatica, consentono di inquadrare con sufficiente dettaglio l'impianto delle politiche e dei servizi di ambito socio-sanitario nei territori di riferimento, e di evidenziare tanto le principali criticità quanto le più interessanti direttive di sviluppo e innovazione.

Il capitolo si apre con una sintesi dell'analisi documentale, per poi procedere a dettagliare il quadro degli attori delle politiche socio-sanitarie, delle relative modalità di raccordo e integrazione, e del piano attuativo di tali politiche, con un affondo sulla componente operativa (integrazione tra sociale e sanitario nelle cure domiciliari e negli interventi di prossimità).

2.2 Quadro normativo regionale e locale

I servizi e le pratiche che interessano il presente progetto, ovvero quelli afferenti all'ambito dell'integrazione socio-sanitaria con particolare riferimento ai servizi domiciliari e di prossimità nei territori di Terni e Narni, si collocano all'interno di un articolato quadro normativo e programmatico definito sia a livello regionale (Testo Unico in Materia di Sanità e Servizi Sociali, Piano Sanitario Regionale, Piano Sociale Regionale, ecc.) sia a livello comunale (principalmente nei Documenti Unici di Programmazione dei Comuni di Terni e Narni). A questo si aggiungono i documenti di pianificazione dell'Azienda Unità Sanitaria Locale (USL) Umbria 2, tra cui in particolare i Bilanci sociali preventivi e il Piano triennale delle performance 2021-2023 (figura 1). Dall'analisi di questi documenti si evince un contesto che pone significativa attenzione all'integrazione socio-sanitaria e ai vari dispositivi, sia istituzionali che operativi, che possono facilitarne l'implementazione.

Il Piano Sanitario Regionale 2021-2025 (di seguito PSR), preadottato dalla Giunta della Regione Umbria il 18 novembre 2021, individua "l'integrazione socio-sanitaria come una delle sei strategie chiave su cui si basa la riforma della sanità umbra." L'integrazione socio-sanitaria viene definita come "la nuova parola d'ordine per aderire ai bisogni del cittadino, ovvero un sistema integrato di politiche di promozione della salute in nome dell'approccio *One Health*, di integrazione professionale tra medicina di base e specialistica, tra assistenza ospedaliera e territoriale, tra sanità e servizi sociali, in modo tale da garantire la riduzione delle disuguaglianze di salute anche e soprattutto per gli individui più disagiati della comunità". Si tratta di una visione ambiziosa

⁷ In particolare, sono state intervistate le seguenti persone: 5 rappresentanti delle cooperative sociali ACTL e CIPSS, 1 del Comune di Terni, 2 del Comune di Narni, 4 dell'USL Umbria 2, 1 MMG, 2 della Regione Umbria, 1 di un'associazione territoriale, 1 di un'organizzazione sindacale. Come da accordi con le persone intervistate, non viene fornito maggiore dettaglio per mantenere l'anonimato.

rispetto alla quale il PSR mette a fuoco anche una serie di azioni e dispositivi, nella consapevolezza che l'integrazione tra le politiche sociali e quelle sanitarie deve per forza coinvolgere contemporaneamente tre diversi livelli: quello istituzionale (tra le diverse politiche e i diversi enti di governo), quello organizzativo e gestionale (tra i servizi dello stesso ente e di enti diversi) e quello professionale (tra operatori di diversa formazione e competenza).

Per quanto riguarda il livello istituzionale, si fa riferimento in particolare agli strumenti partecipativi previsti dal Testo Unico in Materia di Sanità e Servizi Sociali, tra cui le Conferenze di Zona e il Piano Sociale di Zona. La Conferenza di Zona costituisce "il principale soggetto di coordinamento politico e istituzionale della Zona Sociale" in quanto "riveste la funzione di indirizzo programmatico e di controllo degli interventi e dei servizi sociali integrati". È formata dai sindaci dei comuni il cui territorio ricade all'interno della Zona sociale o da loro assessori delegati. Ad essi si aggiunge la presenza del Direttore di Distretto, che ha la competenza per l'integrazione socio-sanitaria per il territorio della Zona Sociale (ZS). La presenza del Direttore di Distretto dovrebbe "assicurare un livello di programmazione in grado di fornire una risposta unitaria a bisogni complessi di prestazioni sanitarie e assistenza e protezione sociale", garantendo una visione integrata già a partire dalla programmazione degli interventi.

La Conferenza di Zona dovrebbe quindi provvedere "all'adozione degli atti di programmazione (Piano Sociale di Zona), all'istituzione degli organismi che assicurano la partecipazione al processo programmatorio territoriale (Tavolo zonale di concertazione⁸ e Tavoli zonali di co-progettazione⁹), alla definizione dei criteri e delle modalità organizzative dell'erogazione dei servizi, dell'accesso prioritario e della partecipazione degli utenti al relativo costo, alla verifica della corrispondenza dell'attività gestionale con le finalità del Piano di zona. Essa provvede, inoltre, alla promozione dell'integrazione socio-sanitaria, nonché all'integrazione con le politiche attive del lavoro, della formazione, dell'istruzione, della cultura e le politiche abitative, assicurando la coerenza tra la programmazione territoriale e gli atti di indirizzo regionali."

Sul piano organizzativo, il Distretto socio-sanitario viene definito come "luogo privilegiato ed istituzionale di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi socio-sanitari e sanitari territoriali e centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi erogati dalle Aziende territoriali. È inoltre deputato al perseguitamento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali presenti sul territorio, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, garantendo uniformità dei livelli di assistenza in un contesto di pluralità dell'offerta".

In linea con quanto previsto dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e dal decreto ministeriale 77 del 2022 ("Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale"), vengono delineati tre ulteriori strumenti organizzativi, che, una volta implementati, dovrebbero essere in grado di

⁸ In base al Testo Unico in materia di Sanità e Servizi sociali del 2015, il Tavolo Zonale di Concertazione è un organismo partecipativo di cui dovrebbero far parte le Aziende USL, gli enti pubblici operanti nel territorio con funzioni a rilevanza sociale, le aziende dei servizi alla persona (ASP) e le persone giuridiche di diritto privato di cui alla L.R. 25/2014, i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4 della l. 328/2000 e le organizzazioni del mondo del lavoro presenti e maggiormente rappresentative a livello della singola ZS.

⁹ I Tavoli zonali di co-progettazione costituiscono organismi partecipativi di cui fanno parte le aziende pubbliche di servizi alla persona e le persone giuridiche di diritto privato di cui alla L.R. n. 25/2014 e i soggetti di cui all'articolo 1, commi 4 e 5 della l. 328/2000. Essi dovrebbero consentire la partecipazione alla progettazione dei servizi e degli interventi e alla valutazione della loro realizzazione anche mediante sottoscrizione degli accordi procedurali di cui all'articolo 279, comma 4 del Testo Unico.

garantire l'integrazione socio-sanitaria grazie al loro ruolo di coordinamento e messa a sistema dei diversi attori presenti nel territorio. Questi strumenti sono:

- la Centrale Operativa Territoriale (COT), il cui obiettivo è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, attraverso un servizio rivolto prevalentemente ad operatori sanitari e socio-sanitari;
- le Case della Comunità (CdC), che rappresentano il modello organizzativo che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione e il punto di riferimento delle cure primarie, attive h24 7 giorni su 7, garantendo anche il collegamento con gli ambulatori di medicina generale dislocati nei territori. Si tratta di uno strumento di intervento integrato e multidisciplinare per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale, in attuazione ai principi di equità di accesso e di presa in carico, secondo il modello della medicina d'iniziativa¹⁰, e di qualità dell'assistenza declinata nelle sue varie dimensioni.
- gli Ospedali di Comunità (OdC), che operano in forte integrazione con gli altri servizi territoriali: quelli sociali, le associazioni di volontariato, la rete delle cure intermedie, i servizi di assistenza specialistica ambulatoriale ed i servizi di emergenza urgenza territoriali. Svolgono, quindi, una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri, di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni socio-sanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e più prossimi al domicilio.

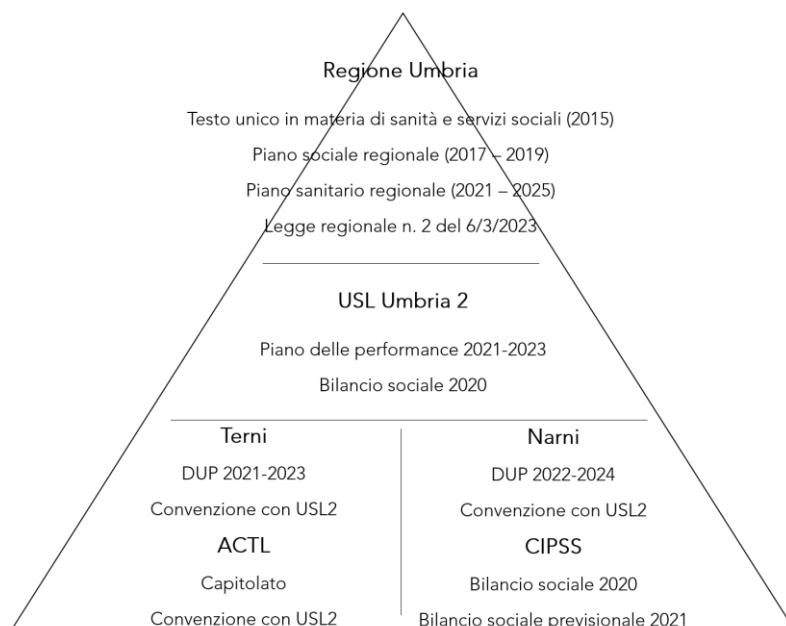
Questo forte richiamo all'integrazione socio-sanitaria a livello regionale trova una sponda nei Documenti Unici di Programmazione (DUP) dei due Comuni interessati. In particolare, il DUP del Comune di Terni 2021-2023 promuove una gestione integrata dei servizi socio-assistenziali, con le finalità principali di "programmazione integrata dei servizi sociali e socio-sanitari dei territori di competenza; sostegno alle politiche sociali dei Comuni della zona sociale, esercitando il ruolo di capofila, attraverso l'apporto tecnico, l'analisi dei dati ed il monitoraggio delle attività; attuazione dei nuovi servizi e gestione dei progetti a valenza zonale". Inoltre, nel Programma 08 dello stesso documento viene prevista la "costituzione di una rete di pluralità di soggetti sociali, associativi e singoli, che esprimono competenza, interessi, disponibilità ad agire verso il benessere della collettività disposti ad impegnarsi in attività di volontariato creando legami comunitari in un'ottica di reciprocità e sussidiarietà orizzontale; valorizzazione e sostegno dell'apporto dato dai Soggetti del privato sociale e dell'Associazionismo supportando alcune importanti iniziative anche attraverso la messa a disposizione, ove possibile, di strutture, attrezzature e risorse umane; attuazione, qualora il progetto fosse finanziato, del Piano Periferie con azioni di rigenerazione urbana e attivazione di nuovi servizi ed interventi, costruiti con percorsi partecipativi e attraverso partnership con soggetti esterni". Quest'azione dovrebbe vedere protagoniste le reti dell'associazionismo e del volontariato nella cura della persona e la loro piena partecipazione al sistema integrato dei servizi socio-sanitari.

Il tema dell'integrazione socio-sanitaria in quanto tale non è presente nel DUP del Comune di Narni, in cui è però implicato nell'impostazione delle azioni dirette ad alcune fasce della popolazione: persone con disabilità e persone anziane in particolare. Inoltre, il DUP di Narni riconosce esplicitamente l'importanza di coinvolgere una pluralità di attori nella costruzione del sistema di welfare locale, ponendo una significativa enfasi sul ruolo degli enti di Terzo settore e sui meccanismi della co-programmazione e co-progettazione.

¹⁰ La medicina d'iniziativa, contrapposta alla "medicina d'attesa" in cui il medico attende che sia il paziente a rivolgersi a lui, è un modello di assistenza sanitaria basato sulla presa in carico proattiva delle persone. Si tratta di un modello più idoneo alla gestione delle malattie croniche e alle altre esigenze correlate all'invecchiamento della popolazione.

Anche i documenti prodotti dall'USL Umbria 2 analizzati (il Piano Triennale delle Performance 2021-2023 e il Bilancio sociale preventivo 2021) riprendono il tema, inserendo l'integrazione socio-sanitaria tra gli obiettivi strategici per il triennio 2021-2023 e richiamando esplicitamente il raccordo con la programmazione dei servizi sociali e con il mondo del Terzo settore. Per l'USL, il concetto si applica in particolare alla cura delle persone con disabilità (per le quali si prevede la "predisposizione del progetto globale e relativa definizione del budget di progetto") e alle persone non autosufficienti (per le quali si prevede il supporto alla domiciliarità). Rispetto all'attività di assistenza domiciliare in particolare, il Bilancio sociale preventivo 2021 prospetta un suo rafforzamento, sia per quanto riguarda l'assistenza infermieristica che per quella tutelare. Si prevede anche di "rafforzare l'assistenza domiciliare da parte dei servizi territoriali specifici ai pazienti con disturbi mentali, ai pazienti disabili, agli anziani, ai pazienti non autosufficienti, anche con sorveglianza attiva mediante contatto telefonico con gli stessi o con i loro familiari allo scopo di sorvegliare attentamente lo stato di salute e adeguare gli interventi assistenziali".

FIGURA 1. DOCUMENTI ANALIZZATI PER RICOSTRUIRE IL QUADRO NORMATIVO E PROGRAMMATIVO



In aggiunta ai documenti che riguardano specificamente l'ambito dei servizi socio-sanitari è utile esaminare anche il quadro che regola i rapporti tra i soggetti coinvolti nell'erogazione di questi servizi, con particolare riferimento ai rapporti tra pubblica amministrazione e Terzo settore. Da questo punto di vista è importante segnalare l'adozione da parte della Giunta della Regione Umbria, con la DGR n. 449 dell'11 maggio 2022, del disegno di legge regionale "Disposizioni in materia di amministrazione condivisa" che "intende disciplinare, all'interno dell'ordinamento regionale, l'attuazione dell'art. 55 del Codice del Terzo settore (CTS) di cui al D.Lgs. 3 agosto 2017, n. 117 "Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106". Il disegno di legge è stato approvato all'unanimità dall'Assemblea legislativa dell'Umbria. Dunque la legge regionale 6 marzo 2023, n. 2 su "Disposizioni in materia di amministrazione condivisa" è entrata in vigore il 23 marzo 2023¹¹.

¹¹ <https://terzus.it/wp-content/uploads/2023/03/Legge-regionale-6-marzo-2023-n.-2- -Regione-Umbria-Assemblea-Legislativa.pdf>

Nell'articolo 4 del testo di legge viene stabilito che "la Regione e i suoi enti dipendenti e strumentali, le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale, negli ambiti di attività di interesse generale favoriscono l'esercizio delle funzioni amministrative, ove possibile, nelle forme dell'amministrazione condivisa" e che "gli enti locali, i propri enti dipendenti e strumentali e le aziende pubbliche di servizi alla persona nell'ambito della loro autonomia, favoriscono il ricorso all'amministrazione condivisa e ne disciplinano l'esercizio per le funzioni amministrative di cui sono titolari nel rispetto della presente legge".

Ciò che emerge complessivamente dall'analisi documentale presentata in questa sezione è l'attenzione prestata sia al tema dell'integrazione socio-sanitaria sia ai processi che possono favorirne la piena attuazione, compresi i meccanismi di raccordo tra USL e Comuni e di coinvolgimento degli enti di Terzo settore tramite percorsi di co-programmazione e co-progettazione. L'approfondimento empirico tramite interviste semi-strutturate con i diversi attori del sistema, presentato nei paragrafi che seguiranno, ha cercato di sondare quanto di ciò che si ritrova nei documenti programmati sia già prassi operativa nelle strutture di progettazione ed erogazione dei servizi, e quanto resti invece ancora da implementare.

2.3 I principali attori del sistema

In questo paragrafo illustreremo per capi generali i principali attori del sistema delle politiche e degli interventi socio-sanitari nei territori di riferimento, che appartengono alla Zona Sociale (ZS) 10 (Comune capofila: Terni; Comuni associati: Acquasparta, Arrone, Ferentillo, Montefranco, Polino, San Gemini, Stroncone) e alla ZS 11 (Comune capofila: Narni; Comuni associati: Alviano, Amelia, Attigliano, Avigliano Umbro, Calvi dell'Umbria, Giove, Guardea, Lugnano in Teverina, Montecastrilli, Otricoli, Penna in Teverina). Le due ZS corrispondono ai territori di due Distretti Sanitari dell'USL Umbria 2: rispettivamente, la ZS 10 al Distretto Sanitario di Terni, la ZS 11 a quello di Narni e Amelia (figura 2).

FIGURA 2: TERRITORIO DI RIFERIMENTO

ZONA SOCIALE 10

Terni (107.982 ab)
Acquasparta (4.456)
Arrone (2.558)
Ferentillo (1.820)
Montefranco (1.256)
Polino (219)
San Gemini (4.836)
Stroncone (4.685)

ZONA SOCIALE 11

Narni (18.405)
Alviano (1.403)
Amelia (11.682)
Attigliano (1.950)
Avigliano Umbro (2.405)
Calvi dell'Umbria (1.693)
Giove (1.857)
Guardea (1.749)
Lugnano in Teverina (1.429)
Montecastrilli (4.821)
Otricoli (1.735)
Penna in Teverina (1.051)



USL UMBRIA 2

I distretti rappresentano la sede in cui si affronta e si valuta la domanda e si programma l'offerta dei servizi e delle prestazioni, si garantisce la continuità dell'assistenza tra ospedale e territorio e l'integrazione sociosanitaria. Ad essi è affidato il ruolo di governo clinico con funzione sia di produzione che di committenza.

Il distretto sociosanitario 1 di Terni si articola in 8 Comuni e garantisce l'assistenza socio sanitaria ad una popolazione di oltre 135 mila abitanti.

Il distretto sociosanitario 2 di Narni-Amelia si articola in 12 Comuni per una popolazione complessiva di circa 50.000 abitanti.

Il perimetro di azione delle due principali cooperative sociali che lavorano sul territorio, entrambe partner operative di questa ricerca, rispecchia in gran parte questa divisione territoriale. La cooperativa sociale ACTL, con sede a Terni, è la cooperativa più grande per numero di soci lavoratori, per fatturato e per numero di servizi attiva sul territorio provinciale ed è capofila dell'Associazione Temporanea di Impresa (ATI) che ha in appalto i servizi sociali e sanitari che le ZS 10 e 11 e l'Azienda USL Umbria 2 hanno dato in gestione. All'interno della stessa ATI è attiva la cooperativa sociale CIPSS, che ha la sua sede operativa a Narni ed è attiva nei comuni del Distretto di Narni e Amelia fino ad arrivare alla al Comune di Orvieto.

2.3.1 Comuni e Zone Sociali

Per quel che riguarda le politiche sociali, gli attori principali sono i Comuni capofila delle due ZS: il Comune di Terni e il Comune di Narni. La ZS 10 è caratterizzata dalla presenza del Comune capoluogo che, per evidente sproporzione di abitanti rispetto agli altri Comuni, esercita un importante ruolo di guida. Nella ZS 11 le differenze relative tra Comuni, pur presenti, sono più contenute e di conseguenza i rapporti sono più bilanciati.

Dal punto di vista delle caratteristiche della popolazione le due ZS hanno molti elementi di continuità, a partire dall'alta percentuale di popolazione anziana (a Terni, le persone con più di 65 anni rappresentano il 28% della popolazione, contro una media regionale del 26,2% e una media italiana del 23,5%), dal calo della natalità e dall'aumento delle famiglie unipersonali (nel 2019 le famiglie unipersonali in Umbria erano il 35,5%, in aumento negli ultimi anni – erano il 30,5% nel 2014 – e con un valore più alto rispetto a quello medio nazionale del 33,3%)¹². Alla luce di queste considerazioni, è riconosciuta dagli attori locali l'importanza di una progettazione che vada oltre la ZS. A titolo esemplificativo, elementi strategici relativi all'implementazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)¹³ sono stati elaborati dall'amministrazione ternana attraverso accordi anche con la ZS 11 e con la ZS 12 (capofila il Comune di Orvieto). Questo perché le tematiche di interesse (autonomia delle persone anziane non autosufficienti, sostegno alle capacità genitoriali e prevenzione della vulnerabilità di bambini e bambine, rafforzamento dei servizi domiciliari per prevenire l'ospedalizzazione, rafforzamento dei servizi sociali e prevenzione dei fenomeni di burnout tra operatori e operatrici sociali) non riguardano mai una singola Zona Sociale, ma richiedono una messa a sistema di più distretti e aziende ospedaliere.

Le persone intervistate hanno segnalato il progressivo incremento delle progettualità extra ordinarie prodotto dai fondi ministeriali, da fondazioni bancarie, dal Fondo Sociale Europeo (FSE) e da altre fonti di finanziamento. Nella ZS di Narni, per esempio, buona parte dei Comuni coinvolti sono considerati "aree interne" sulle quali insistono finanziamenti del FSE. Tali finanziamenti sviluppano progettualità socio-sanitarie al di fuori della pianificazione della ZS, da un lato, complicando il processo di progettazione, dall'altro, offrendo interessanti opportunità di sviluppo integrato socio-sanitario, accompagnato da un approccio fortemente territoriale e in ottica di prossimità (cfr. paragrafo 2.4.3). Questa tendenza, di carattere generale, è stata riscontrata in entrambe le ZS, che soprattutto dal punto di vista politico e dirigenziale-amministrativo avvertono la sovrapposizione di risorse frammentarie e disorganiche come una

¹² I dati sono stati rilevati dal documento "Profilo di salute e di equità per il Piano Regionale della Prevenzione 2020-25 della Regione Umbria".

¹³ Il riferimento è in particolare alla Missione 5 "Inclusione e coesione sociale" e alla Missione 6 "Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale".

criticità. Nello specifico, se, da un lato, queste risorse sono sempre più rilevanti per l'implementazione delle politiche sociali, dall'altro, richiedono capacità tecniche di progettazione e rendicontazione molto onerose per i Comuni e le ZS. Inoltre, viene riferito che le diverse linee di indirizzo che le varie progettualità portano con sé rendono difficile inserirle all'interno di una visione d'insieme delle politiche sociali attive sui territori. Da entrambi i Comuni capofila delle ZS è infatti stata espressa una difficoltà nell'utilizzare le importanti risorse messe a disposizione, arrivando fino al paradosso per il quale i fondi stanziati per sostenere strumenti di politiche sociali non riescono ad essere spesi per mancanza di personale dedicato.

A fronte di numerose analogie, sono emersi anche elementi di differenziazione tra Comuni capofila e rispettive ZS. In particolare, una questione sottolineata da molte delle persone intervistate e relativa al Comune di Terni è la vicenda giudiziaria che, a partire dal 2017, ha segnato la precedente amministrazione cittadina e alcuni esponenti delle cooperative sociali, legata a possibili vizi nel sistema degli appalti pubblici. Benché gli imputati siano stati tutti assolti nel 2020, resta una discontinuità forte (politica e amministrativa) con l'amministrazione corrente, che ha anche dovuto mettere mano ad un significativo dissesto finanziario nei conti pubblici.

2.3.2 Azienda USL Umbria 2

L'Azienda Unità Sanitaria Locale (USL) Umbria n. 2 nasce nel 2013 dalla fusione dell'Asl 4 del territorio provinciale di Terni con la Asl 3 di Foligno, Spoleto, Valnerina. Si articola in sei distretti socio-sanitari (Terni, Narni-Amelia, Orvieto, Foligno, Spoleto, Valnerina) e opera mediante sette strutture ospedaliere a gestione diretta (Foligno, Orvieto, Spoleto, Narni, Amelia, Norcia e Cascia), una casa di cura convenzionata e una struttura ospedaliera allocata nell'Ospedale di Terni. Rispetto all'altra USL regionale (Umbria 1), la USL Umbria 2 ha una numerosità maggiore di Comuni, 54, di cui solo 12 hanno più di 5.000 abitanti, mentre la maggior parte della popolazione risiede in Comuni con meno di 5.000 abitanti (34) e meno di 1.000 abitanti (8). Il territorio della USL Umbria 2 ha una popolazione residente di circa 381.000 persone con bassa densità di popolazione media (109 ab/km²), dovuta alle caratteristiche oro-geografiche dell'Azienda che vede nel proprio territorio anche zone ad alto rischio sismico (terremoto del 2016) e con rete viaria che rende difficoltosi gli spostamenti anche tra zone limitrofe.

Questi elementi sono stati considerati nell'organizzazione dei servizi sanitari alla popolazione che risulta quindi dispersa in un'ampia area territoriale. La diffusione dei servizi sanitari sul territorio è attualmente imperniata sul Centro di Salute, a cui fanno capo i Punti di Erogazione Servizi (PES) che forniscono servizi alla popolazione presente nei piccoli paesi e in diversi punti delle città. I Centri di Salute e i PES forniscono le cure primarie e le prestazioni sanitarie di base; ai Centri di Salute fanno capo anche l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e il servizio di Continuità Assistenziale (CA).

Nonostante siano passati quasi dieci anni dalla costituzione della USL Umbria 2, le persone intervistate hanno riportato che il processo di unificazione non si è ancora pienamente compiuto, ed esistono tuttora procedimenti separati e prassi diversificate tra le strutture. Attualmente, è in atto un nuovo processo di trasformazione legato all'implementazione del Piano Sanitario Regionale (che, tra le altre cose, prevede una riduzione del numero dei Distretti) e, ancora di più, alle riforme e agli investimenti legati al PNRR¹⁴. L'attuale modello organizzativo deve quindi svilupparsi integrando nuove funzioni e figure professionali per dar vita alle Case di Comunità,

¹⁴ Tratto dal documento "Relazione sanitaria PNRR USL Umbria 2", disponibile qui: <https://www.umbriaon.it/2015/wp-content/uploads/2022/02/uSL-uMBRIA-2-pnrr-piano-case-comunit%C3%A0.pdf>.

alle COT ed agli Ospedali di Comunità, che richiedono conseguentemente una nuova analisi delle collocazioni sul territorio e nuovi spazi articolati in modo tale da fornire le risposte sanitarie e sociali alla popolazione residente. Nei Distretti interessati dal progetto, è prevista la realizzazione di tre Case della Comunità rispettivamente a Terni (dove sarà istituito anche un Ospedale di Comunità con 20 posti letto), Narni e Amelia. Per quanto riguarda le COT, si propone di attivarne due territoriali per la USL Umbria 2 che raggruppano ognuna 3 distretti: COT Sud-Ovest (Terni, Orvieto, Narni-Amelia) e COT Sud-Est (Foligno, Spoleto, Valnerina). Ad esse sarà demandata la gestione della CA, delle dimissioni protette, gestione dell'ADI e dei percorsi legati alla cronicità. Esse avranno pertanto la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli Ospedali e con la rete di emergenza-urgenza.

In questo articolato processo trasformativo, un punto di forza può essere rappresentato – in base a quanto riferito da informatori/rici chiave del Distretto di Narni-Amelia – dalla compresenza nei Centri di Salute di competenze sia sanitarie che sociali, elemento che caratterizzerà anche le Case della Comunità. All'interno di questi Centri sono infatti erogate, nell'attuale struttura organizzativa, sia prestazioni sanitarie (da figure mediche e infermieristiche) che prestazioni sociali (da assistenti sociali), entrambe in capo all'USL Umbria 2. A questo proposito è stato riportato che il lavoro in équipe con figure specialistiche all'interno dell'USL esiste ed è una risorsa. Tuttavia, esso avrebbe bisogno di essere potenziato e rafforzato.

Un ultimo, ma rilevante aspetto da considerare è relativo al sistema della medicina generale. Vi sono complessivamente 105 Medici di Medicina Generale (MMG) nel Distretto di Terni e 39 in quello di Narni-Amelia. La medicina generale è coordinata dall'Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT), dal Distretto e dall'USL; questa filiera funge da raccordo per le comunicazioni e gli interventi da mettere in campo.

2.3.3 Terzo settore

Per quel che riguarda il Terzo settore, la realizzazione di una mappatura complessiva di questo comparto esula dagli obiettivi della ricerca. Si sono però prese in esame le due cooperative sociali principali che operano nei territori di riferimento (ACTL e CIPSS) e una parte del mondo associazionistico più strettamente collegato al tema dell'integrazione socio-sanitaria su base domiciliare, ovvero quello che si occupa prevalentemente di disabilità. Sono state approfondite le caratteristiche di questi attori, nonché i rapporti che essi intrattengono fra loro, con le amministrazioni comunali e con l'USL.

ACTL¹⁵ è una cooperativa sociale di tipo A che conta sull'apporto di circa 450 soci, per la maggior parte soci-lavoratori, con un valore della produzione di circa 12 milioni di euro. L'ambito di intervento è diversificato, e comprende sia l'assistenza socio-sanitaria domiciliare di persone anziane e persone con disabilità, sia l'erogazione di servizi socio-educativi compresa la gestione di alcuni nidi d'infanzia. Nel corso della sua lunga storia la cooperativa ha dato vita a vari *spin off* tra cui cooperative sociali di tipo B, cooperative agricole e s.r.l. con cui mantiene relazioni collaborative. Per la sua storia e le sue dimensioni, ACTL è capofila dell'Associazione Temporanea di Impresa (ATI) "Cooperative Sociali Terni"¹⁶ attraverso la quale gestisce i servizi di assistenza residenziale, semiresidenziale e domiciliare, afferenti all'area dell'integrazione socio-sanitaria, in appalto dall'USL Umbria 2.

¹⁵ In questo testo viene riportato principalmente quanto emerso dalle interviste. Per ulteriori approfondimenti si rimanda al sito internet: www.coopactl.it

¹⁶ Per ulteriori approfondimenti: www.aticoopterni.it

ACTL ha nel tempo sviluppato anche una rete di servizi propri (privati convenzionati); questa scelta viene descritta come lungimirante, fonte di indipendenza e stabilità ed espressione del legame con il territorio e di capacità nell'intercettarne i bisogni. I maggiori limiti nel lavoro di e con la comunità e con le altre realtà del Terzo settore locali si riscontrano nell'operatività quotidiana, relativamente alla gestione dei servizi e alla capacità di far sopravvivere il progetto imprenditoriale. La sindemia di Covid-19 ha inoltre ridotto le occasioni di incontro per un lungo periodo. I referenti della cooperativa riferiscono tuttavia che con l'associazionismo storico di Terni c'è un buon rapporto, mentre più superficiale è la conoscenza delle nuove realtà, che talvolta vengono percepite come portatrici di pratiche concorrenziali sleali. È stato inoltre riportato che, nelle relazioni tra cooperativa e istituzioni, territorio e comunità, incide la vicenda giudiziaria che ha coinvolto la precedente amministrazione ternana. Per quanto la cooperativa sia stata completamente scagionata sul piano legale, è stata a lungo associata al procedimento giudiziario, con una perdita di immagine significativa.

La cooperativa sociale CIPSS¹⁷ di Narni è nata nel 1981 principalmente in risposta a bisogni legati alla disabilità. Negli anni ha poi diversificato le proprie attività fino ad includere, come ACTL, una vasta gamma di servizi tra cui animazione per minori, asili nido, centri residenziali per minori, persone con disabilità e con dipendenze patologiche, ecc. Ad oggi la cooperativa ha circa 120 soci, 40 dipendenti e un fatturato di circa 3,5 milioni di euro per il 70% derivante da servizi di tipo domiciliare. Oltre ad avere molti servizi in appalto dai Comuni e dall'USL Umbria 2 attraverso l'ATI di cui ACTL è capofila, ha diversi servizi residenziali privati convenzionati. A questi si aggiungono attività su progetti finanziati da fondazioni private, come ad esempio progetti sulle povertà educative finanziati dall'impresa sociale "Con i bambini", che hanno consentito anche di ampliare il raggio delle interlocuzioni oltre l'ente pubblico e il mondo della cooperazione per coinvolgere anche associazioni e altri enti di Terzo settore. A prescindere dalle modalità (appalto o servizi propri), le linee di azione della cooperativa nascono prevalentemente a partire dall'interlocuzione con territorio ed enti pubblici, che consente di identificare la domanda e i bisogni su cui agire in via prioritaria.

Nel mondo dell'associazionismo, l'ambito in cui si riscontra una maggior attivazione, attraverso un approccio di integrazione socio-sanitaria, è probabilmente quello della disabilità. Esso ha nella rete FISH (Federazione Italiana per il Superamento dell'Handicap) una delle sue principali organizzazioni di rappresentanza. L'emanazione territoriale di FISH, FISH Umbria, raccoglie una trentina di organizzazioni che si occupano di advocacy e tutela dei diritti delle persone con disabilità. L'organizzazione "ha l'obiettivo fondamentale di puntare sulla valorizzazione delle esperienze, la conoscenza diffusa dei diritti e dei servizi, la creazione di partnership territoriali, lo sviluppo di azioni volte a garantire una partecipazione attiva delle persone con disabilità e delle famiglie nelle scelte che riguardano la loro vita¹⁸". Tra le iniziative rilevanti delle associate a FISH va segnalato il Centro per l'Autonomia Umbro, presso il quale la FISH Umbria ha la sua sede istituzionale. Nato nel 2003 come progetto dell'Associazione Vita Indipendente Umbria, il Centro ha l'obiettivo di "garantire alla persona con disabilità un ruolo da protagonista nelle scelte che la riguardano, a partire da quelle che incidono sulla sua salute e quindi sulla qualità della sua vita¹⁹". Il centro opera sia supportando le singole persone nella realizzazione dei propri progetti di vita indipendente (anche fornendo informazioni in merito ai servizi territoriali e raccordandosi con gli stessi), sia sensibilizzando la comunità sui suoi temi di

¹⁷ Per ulteriori approfondimenti: www.cipss.org

¹⁸ <http://www.cpaonline.it/web/fish/>

¹⁹ <http://www.cpaonline.it/web/generale/index.php?id=2>

interesse tramite iniziative informative, di ricerca e di advocacy, in collaborazione con FISH Umbria e altre organizzazioni. Con il Centro si relazionano sia le cooperative sia i servizi sociali dei Comuni nell'erogazione dei servizi socio-sanitari per persone disabili. Dalle interviste è emerso che le attività di advocacy e di supporto alle persone con disabilità svolte dalle associazioni hanno causato in passato momenti di tensione e scontro con alcune cooperative sociali, in particolare sul territorio di Terni, legate alle modalità di gestione e organizzazione dei servizi. Tali tensioni sembrano ora superate sia a livello locale sia a livello regionale, dove si è instaurato un buon rapporto tra FISH Umbria e le centrali cooperative regionali.

In generale, i rapporti tra le organizzazioni di Terzo settore intervistate e la pubblica amministrazione paiono positivi: il lavoro delle cooperative è giudicato positivamente nonché qualitativamente elevato, e grande apprezzamento deriva anche dal ruolo giocato durante la pandemia, quando sono state in grado di supportare e sopperire ad alcuni servizi che i Comuni, in quel periodo, faticavano ad erogare in proporzioni adeguate rispetto agli aumentati bisogni. Si riscontra una maggiore facilità di rapporto a Narni rispetto a Terni, anche grazie alle dimensioni comunali ridotte e all'assenza di vicende giudiziarie come quelle che hanno coinvolto la passata amministrazione ternana. Dal punto di vista delle cooperative intervistate, gli ostacoli principali al rapporto con la pubblica amministrazione sono la carenza di organico di cui soffrono i Comuni e i cambi di amministrazione che costringono periodicamente a dover ricostruire le relazioni, rendendo più difficoltosa l'elaborazione di una visione complessiva e di lungo termine. Più facile, da questo punto di vista, è il rapporto con l'USL, che ha un organico più strutturato, generalmente più risorse e meno turnover.

Per quanto i rapporti tra Terzo settore e pubblica amministrazione siano costanti e a più livelli, restano tendenzialmente informali e poco strutturati. Nonostante la spinta della riforma del Terzo settore verso forme di co-programmazione e co-progettazione, e un generale interesse da parte di tutti gli attori a muoversi in questa direzione, non si riscontra ad oggi nei territori di Terni e Narni un effettivo ricorso a queste modalità di progettazione e affidamento dei servizi socio-sanitari. Mentre in altri comuni si registra l'emergere di alcune sperimentazioni locali in cui servizi sociali e sanitari sono stati oggetto di percorsi di amministrazione condivisa con l'applicazione di strumenti collaborativi come quello della co-progettazione, nei territori oggetto dell'indagine la gara d'appalto rappresenta ad oggi lo strumento prevalentemente usato dagli attori pubblici per l'affidamento dei principali servizi socio-sanitari. Come si vedrà meglio in seguito, la carenza di coinvolgimento degli attori del Terzo settore nella progettazione dei servizi e il ricorso all'appalto hanno due conseguenze negative sull'integrazione socio-sanitaria: da un lato, relegano il Terzo settore ad un ruolo meramente esecutivo, disperdendo un patrimonio di conoscenze e capacità di lettura dei bisogni accumulato tramite il lavoro sul campo e a contatto con la comunità; dall'altro, determinano una struttura dei servizi estremamente parcellizzata e prestazionale, che male si adatta alle esigenze di integrazione e di lettura complessiva dei bisogni della persona, entro un approccio di prossimità.

2.4 L'integrazione socio-sanitaria in pratica

A fronte del quadro normativo e programmatico descritto nel paragrafo 2.2 e delle caratteristiche dei diversi attori coinvolti descritte nel paragrafo 2.3, l'analisi delle interviste ha restituito alcune evidenze e spunti di riflessione sull'effettivo stato dell'integrazione socio-sanitaria nei territori di Terni e Narni, con particolare riferimento all'ambito dei servizi domiciliari e di prossimità. Per facilitare l'esposizione questi elementi sono suddivisi in due categorie: quelli

afferenti al livello delle politiche, ovvero i processi che hanno a che fare con la programmazione e progettazione dei servizi, e quelli afferenti al livello delle pratiche, ossia i processi che hanno a che fare con l'effettiva erogazione dei servizi socio-sanitari sul territorio.

2.4.1 Livello delle politiche

Senza pretesa di esaustività, il lavoro di programmazione e progettazione degli interventi sociali e sanitari procede su due assi principali: uno, prevalentemente sanitario, che dallo Stato passa per la Regione e quindi per l'USL, che poi eroga i servizi sanitari; e uno, prevalentemente sociale, che dallo Stato passa per la Regione e arriva alle Zone Sociali, che hanno in capo la gestione associata dei principali servizi sociali e socio-sanitari dei Comuni di appartenenza (soprattutto assistenza ai minori, assistenza domiciliare anziani e progetti PON/FSE). I due assi convergono a livello regionale, dove le competenze in materia sociale e sanitaria risiedono nel medesimo assessorato e unità tecnica (Direzione Salute e Welfare), anche se fanno capo a servizi diversi, per poi divergere nel loro "approdo" territoriale.

Il primo asse è quello che governa l'organizzazione dei servizi sanitari sulla scorta delle risorse di provenienza statale, ed è regolato dalle direttive regionali, tra cui in particolare il PSR, a cui l'USL deve dare attuazione. È su questo asse che sta prendendo forma la ristrutturazione dei servizi territoriali legata ai fondi del PNRR e al DM77/2022 ("Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale"), che prevede tra le altre cose la creazione delle Centrali Operative Territoriali, delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità. A questo proposito sono stati attivati a livello regionale tre gruppi di lavoro con USL, Comuni e Medici di Medicina Generale per definire ruoli, funzioni e modalità di questi setting assistenziali, a partire dal DM77, ma tenendo conto delle specificità della regione Umbria. Le scadenze molto ravvicinate imposte dal PNRR hanno però inciso negativamente sulla possibilità di facilitare un effettivo coinvolgimento di tutti gli attori sul territorio, mantenendo il confronto più a livello dirigenziale tra Regione e USL. Pur nella ricerca di una maggior integrazione degli aspetti anche sociali, il focus principale in questo processo rimane quello prettamente sanitario, sia per quanto riguarda i servizi all'interno delle Case della Comunità, sia per quanto riguarda il ruolo di nuove figure professionali come gli infermieri di famiglia.

Per quanto riguarda il secondo asse, il principale interlocutore a livello locale è la Zona Sociale, riconosciuta da Stato e Regione come titolare della gestione associata dei servizi storicamente più rilevanti (tra cui in particolare l'assistenza domiciliare agli anziani) per i Comuni che ne fanno parte. La programmazione parte dal Piano Sociale Regionale, che dovrebbe essere poi declinato sul territorio in un Piano Sociale Territoriale elaborato dalla Conferenza di Zona con il supporto dell'Ufficio di Piano. Di fatto però, a quanto ci viene riferito, la Conferenza di Zona lavora più sulle emergenze che sulla programmazione. A Narni, ad esempio, il Piano Sociale territoriale non è mai stato aggiornato. Di conseguenza, la programmazione avviene quasi esclusivamente a livello regionale (o nazionale, per quanto riguarda i fondi del PNRR), ed è l'Ufficio di Piano che cerca di agganciare le risorse di provenienza europea, statale e regionale ai bisogni del territorio, con alcune importanti limitazioni. La prima riguarda il personale: non avendo personalità giuridica, la Zona Sociale non può assumere direttamente ma deve fare affidamento sul Comune capofila, che però fatica a sopportare al fabbisogno. A titolo esemplificativo, al momento della ricerca, la Zona Sociale di Narni per un breve periodo è stata sprovvista del lavoro delle assistenti sociali a causa delle difficoltà nel rinnovo dei contratti. La seconda riguarda le competenze: le fonti di risorse su cui fa affidamento l'Ufficio di Piano (ad esempio fondi PON e FSE) comportano

modalità di gestione e rendicontazione che richiedono competenze specifiche, non sempre presenti. Ci si trova quindi ad avere paradossalmente un eccesso di risorse (rispetto a quelle che si riescono a rendicontare) e nel contempo una carenza di personale. La terza riguarda le informazioni e i dati disponibili per la lettura dei bisogni e relativa pianificazione, che come è emerso da più interviste non sono raccolti in modo sistematico e presentano numerose lacune.

Dal punto di vista della pianificazione, il principale luogo di contatto tra questi due assi, e quindi di incontro formale tra le politiche sociali e sanitarie, sono le Conferenze di Zona. Ad esse partecipano strutturalmente i/le rappresentanti dei Comuni (sindaci/he o persone da loro delegate), mentre la partecipazione dell'USL Umbria 2 – attraverso la presenza dei Direttori di Distretto – avviene quando le tematiche toccano l'ambito sanitario. I Comuni sono quindi gli attori centrali di questi incontri che, attraverso gli Uffici di Piano presso il Comune capofila, li pianificano e li strutturano. Dalle Conferenze di Zona possono nascere anche Tavoli tematici che forniscono ulteriori possibili luoghi di confronto e raccordo, allargati anche ad altri attori come, ad esempio, gli enti di Terzo settore. Ad oggi gli esempi più rilevanti intercettati dalla ricerca sono il Tavolo delle politiche sulla solidarietà e il Tavolo delle politiche sulla disabilità attivati nella Zona Sociale di Terni. In questi tavoli vengono analizzati gli elementi essenziali, ma anche le criticità che possono essere riscontrate nell'attuazione delle linee di governo. Non risultano attivati invece gli altri strumenti partecipativi previsti dal Testo Unico in materia di Sanità e Servizi Sociali, e in particolare i Tavoli di Concertazione e Co-progettazione.

È stato comunque riferito che, al di là dei momenti di incontro formale all'interno delle Conferenze di Zona, gli Uffici di Piano delle Zone Sociali hanno un rapporto quotidiano con la parte amministrativa dell'USL Umbria 2, soprattutto per quanto riguarda le aree anziani e disabili. In diversi casi la gestione di questi servizi è affidata direttamente ai Distretti dell'USL, mentre in altri (come, ad esempio, la Zona Sociale di Narni-Amelia) resta in capo ai Comuni.

Come si vedrà di seguito, le occasioni di raccordo e confronto più frequenti avvengono poi sul piano pratico della gestione ed erogazione dei servizi, a partire dalle Unità di Valutazione Multidisciplinari (UVM) fino a tutti i momenti di confronto, anche informali, tra assistenti sociali dei Comuni, assistenti sociali dell'USL, coordinatori/ici dei servizi delle cooperative, ecc. nella gestione dei singoli casi. Da quanto osservato, sarebbe poi auspicabile un meccanismo di feedback più puntuale tra le osservazioni sul campo effettuate dal personale sociale e sanitario e il livello di pianificazione e progettazione delle politiche e dei servizi.

2.4.2 Livello delle pratiche

Per osservare come si realizza – nella pratica – l'integrazione socio-sanitaria, la ricerca ha approfondito in particolare l'iter che caratterizza l'accesso e la fruizione dei servizi di assistenza domiciliare. L'accesso a tali servizi ha varie forme: attraverso il Servizio Sociale dei Comuni, che rileva un bisogno anche sanitario; attraverso la presa in carico dell'USL, che poi si raccorda con il Comune di riferimento (ove necessario); oppure tramite i/le MMG, che possono segnalare il bisogno sanitario e sociale.

Una volta che le persone sono segnalate, e dunque inserite nel sistema, il punto principale di raccordo operativo che viene attivato per chi necessita di un intervento sociale e sanitario congiunto è l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM): team multidisciplinare con assistenti sociali del Comune e dell'USL e specialisti/e in Geriatria (o altre figure specialistiche di riferimento), che si ritrova mensilmente per valutare le persone prese in carico. In questi incontri vengono redatti i Piani Assistenziali Individualizzati (PAI), che definiscono le prestazioni socio-

sanitarie a cui la persona avrà diritto, compresi numero e tipologia degli accessi settimanali, nonché i relativi piani di spesa. Nel PAI si valuta, ad esempio, se una persona ha più bisogno di riabilitazione, o di evitare l'isolamento sociale, o di interventi di carattere sanitario, ecc.; in base alle diverse esigenze rilevate si imposta un piano di lavoro che viene monitorato nel tempo. La competenza a livello di programmazione, coordinamento e verifica del servizio spetta alla USL, e la figura di riferimento è in genere l'assistente sociale del Centro di Salute competente (ogni persona assistita ha un Centro di Salute di riferimento, dove ci sono un/a responsabile medico/a e un/a assistente sociale). Rispetto al piano di coordinamento tra le istituzioni committenti e le cooperative, il rapporto viene gestito dall'ATI e le richieste che provengono da USL e Comuni passano attraverso la cooperativa capofila (ACTL), che poi le inoltra alle cooperative di competenza.

Alle UVM può partecipare il Direttore di Distretto, mentre la partecipazione dei/lle MMG – pur possibile – avviene raramente. Non è invece prevista la partecipazione di altre figure che prendono parte al percorso assistenziale, tra cui coordinatori/rici e operatori/rici dei servizi, ovvero il personale delle cooperative sociali, che può però accedere ai verbali degli incontri. In aggiunta al momento formale dell'UVM, che tratta di singoli casi, vengono riportati anche confronti tra assistenti sociali di USL e Comuni. Questi avvengono in gruppi di lavoro a tema (anziani, disabilità, minori, ecc.) o in incontri di carattere informale, che dipendono però dalla volontà e disponibilità di operatori e operatrici a collaborare. Le difficoltà da questo punto di vista sono spesso legate alla mancanza di personale e di tempo.

È stato approfondito più nel dettaglio il funzionamento dei servizi di assistenza domiciliare alle persone anziane, inquadrando, in particolare, il ruolo delle cooperative. Si tratta prevalentemente di servizi di igiene e cura della persona, per i quali vengono generalmente dati pochi accessi settimanali (1-2). Sono numerose le persone in carico, che vengono segnalate alle cooperative dalla USL. Vi è un primo contatto telefonico da parte dell'assistente domiciliare di servizio competente per il territorio di residenza, e tramite mail formale vengono confermati dati e indirizzo della persona e trasmesso il PAI. Se ci sono situazioni particolari, queste vengono opportunamente comunicate. A seconda della situazione, il personale impiegato può avere formazione socio-assistenziale (casi più semplici, in cui bastano servizi di igiene e pulizia), ovvero socio-sanitaria (per esempio, per persone allettate con necessità di piccole medicazioni). Vi sono riunioni di monitoraggio tra cooperativa e servizio ogni uno o due mesi, in cui si parte dai casi più critici per poi confrontarsi su tutte le persone in carico. Inoltre, i/le referenti dei servizi delle cooperative hanno rapporti con gli/le assistenti sociali, spesso costruendo relazioni anche personali che integrano il piano più strutturato e formale. Tuttavia, ci è stato riferito che, mentre il comparto amministrativo dei Comuni è al corrente di tutte le attività delle cooperative tramite le attività di rendicontazione, questo non vale per operatrici e operatori del sociale, che sono a conoscenza dei servizi o degli aspetti con cui entrano in contatto direttamente, ma non necessariamente dell'operato complessivo delle cooperative. In generale, è auspicata da tutte le parti in causa la presenza di più momenti e occasioni di confronto, sia a livello pratico e operativo, sia a livello più strategico ai fini della programmazione e della costruzione dei servizi.

Dalle interviste emerge che le difficoltà dell'integrazione socio-sanitaria sono riconducibili, tra le altre cose, ad un riparto delle competenze ancora molto rigido, a partire dal quale è difficile l'interazione fra le due aree dell'assistenza. Gli interventi prescritti sono di pertinenza sociale o sanitaria, anche se prevedono entrambe le componenti (a prescindere dall'ambito iniziale di committenza e, di conseguenza, dal budget di pertinenza). In questo quadro, la divisione di interventi per budget non aiuta l'integrazione e il lavoro sulla persona. La pandemia, che ha impedito a lungo la possibilità di fare incontri di persona, ha potuto solo aggravare il divario.

Alcune persone intervistate hanno riferito che il lavoro di assistenza negli anni si è impoverito, dal punto di vista sia delle risorse che dell'orizzonte valoriale. Si percepisce della nostalgia per quando l'approccio era più spontaneistico e meno formalizzato, pur riconoscendo l'importanza di mettere a sistema e regolamentare gli interventi. D'altro canto, nel confronto con le amministrazioni comunali – in particolare il Comune di Terni – è emersa un'attenzione agli investimenti per l'assistenza domiciliare alle persone anziane e/o con disabilità, riportati come in crescita. Inoltre, nell'aprile del 2021 è stata approvata dalla Conferenza Stato-Regioni la "Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari", recepita dalla Regione Umbria a marzo 2022²⁰. Si tratta di un'estensione del sistema di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie anche alle organizzazioni pubbliche e private che erogano cure domiciliari. È un passaggio importante, in quanto si riconosce che le cure domiciliari richiedono una peculiare e complessa organizzazione, un "lavoro di rete" che coordina ed integra le varie figure professionali. D'altro canto, potrebbe non essere la risposta ad alcune delle criticità rilevate dalle persone intervistate.

Tra queste, è stato trasversalmente messo in evidenza il carattere prestazionale dei servizi, soprattutto quelli rivolti alle persone anziane. Questi coprono le esigenze primarie, con un approccio strutturato per budget/ora che lascia relativamente poco spazio alle logiche di personalizzazione, prossimità e integrazione. Del resto, la richiesta di prestazioni viene spesso anche dalle famiglie, che si trovano in molti casi a dover comunque sostenere una parte importante del carico assistenziale, ricorrendo spesso a forme di assistenza privata (a loro volta non coinvolte formalmente, ma contemplate implicitamente, nella rete dei servizi e nella presa in carico). Sono state riportate anche difficoltà legate alla copertura e all'attivazione dei servizi, legate ai limiti in termini di orari di servizio e ai processi di attivazione, burocraticamente onerosi. Infine, si avverte il bisogno di interventi di domiciliarità leggera che attualmente sono difficilmente realizzabili, per persone anziane non del tutto autosufficienti, ma con autonomie che necessitano di risposte più specifiche per essere supportate. La distinzione normativa tra autosufficienza e non autosufficienza è molto netta, mentre nella realtà ci sono molti casi nel mezzo in cui un intervento socio-sanitario integrato potrebbe fare la differenza e prolungare la permanenza a domicilio con un'adeguata qualità della vita. Ciò anche a fronte di una minore capacità delle famiglie di farsi carico dei bisogni assistenziali.

Rispetto all'area anziani, gli ambiti dell'assistenza a persone con disabilità e a persone minori sono percepiti come maggiormente orientati alla riabilitazione e alla personalizzazione. In queste aree, infatti, ogni attivazione comporta una serie di prestazioni che possono essere più complesse, coordinate e gestite in sinergia con le altre figure. Vengono effettuati incontri tra servizio inviante e operatori/rici che vanno a domicilio, per avere un riscontro sui progetti che vanno rivisti, a cadenza annuale o anche più ravvicinata. Le cooperative sentono quindi di poter mettere più in gioco la propria competenza specifica, con un coinvolgimento più attivo delle proprie figure professionali, e riferiscono una maggiore centralità e partecipazione della persona assistita e/o della sua rete familiare. Si avvertono però anche i limiti imposti dal meccanismo dell'appalto che consente o non consente una serie di interventi. A titolo di esempio, viene riportato il caso di una persona disabile con servizi autorizzati dall'USL in cui non rientra l'accompagnamento in piscina, di cui però la persona avrebbe bisogno. Il personale della

²⁰ Il testo della proposta è consultabile a questo link: <https://www.statoregioni.it/media/3934/p-33-csr-atto-rep-n-151.pdf>, qui invece è scaricabile l'atto di recepimento da parte della Regione Umbria: <https://welforum.it/segnalazioni/regione-umbria-dgr-172-2022-attivazione-del-sistema-di-autorizzazione-e-di-accreditamento-delle-organizzazioni-pubbliche-e-private-per-lerogazione-di-cure-domiciliari/>

cooperativa sarebbe disponibile ma non può fare nulla perché il servizio non rientra tra quelli inclusi nel capitolato dell'appalto. A questo proposito, le associazioni che rappresentano persone con disabilità hanno fatto presente che i piani assistenziali stabiliti dalle UVM si concentrano principalmente sulle necessità impellenti, non riuscendo a svolgere un lavoro compiuto di valutazione e programmazione individualizzate, e rimangono troppo vincolati all'erogazione di prestazioni e servizi prestabiliti anziché rispondere ai bisogni e alle necessità della persona. Vi sono anche limiti imposti dal budget a disposizione, che può essere anche ridotto nel corso dell'anno. Infine, vi è un contesto in trasformazione con l'aumento di persone con disabilità che entrano in una fascia più anziana della popolazione, presentando però caratteristiche e necessità ben diverse da quelle della popolazione geriatrica. Sarebbe importante, a questo proposito, rivedere le risposte e gli interventi sulla base dei mutamenti demografici ed epidemiologici.

Un'altra problematica rilevata è legata al rapporto con i/le MMG. Da un lato, USL e Comuni lamentano la mancanza di un luogo strutturato di incontro: a quanto riportato, nel momento in cui i servizi sociali (di USL o dei Comuni) o le cooperative si trovano a dover gestire un caso complesso, il/la MMG viene coinvolto/a solo in una fase di acuzie o di emergenza, in cui diventa poi più difficile intervenire se non in una logica di tamponamento: "[...] per molte situazioni (anziani soli soprattutto), il MMG ha una serie di informazioni e una storia della persona che sono spesso fondamentali per orientare l'azione. [...] Abbiamo rapporti coi medici ma sono scollegati. C'è la necessità di creare una sorta di tavolo di lavoro sul caso in cui siano presenti tutti i soggetti che agiscono sulle situazioni specifiche" (Referente Cooperativa, aprile 2022).

Gli/le MMG hanno infatti continui contatti con le persone e le famiglie, e questi avvengono – oltre che in presenza – sempre più spesso anche in altre forme: non più solo con telefonate, ma tramite messaggistica istantanea, videochiamate, ecc. Questo concorre a creare un legame stretto tra il medico di base e la persona che spesso, appunto, in questa relazione trova una modalità per attivare forme di assistenza. D'altro canto, rappresenta spesso un aggravio del sovraccarico lavorativo per i/le MMG, un problema amplificato dal mancato funzionamento (e/o, mancata chiarezza nel funzionamento) della rete: "Il flusso non funziona, non esiste un flusso di informazione tra USL e Comuni. Il fascicolo sanitario non funziona. Tutto quello che non arriva si traduce in danno per la salute delle persone" (intervista MMG, giugno 2022).

Nonostante la difficoltà nel trovare momenti e luoghi deputati ad un confronto strutturato, spesso si crea comunque un rapporto tra operatori/rici del territorio e MMG, sebbene non costante e uniforme ma dipendente da relazioni informali tra i singoli attori. I/Le MMG fungono da "porta di accesso" per i servizi sociali, permettono agli operatori pubblici e del Terzo settore di "entrare nelle case" e di avere contezza del contesto in cui le persone vivono. Inoltre, in un'ottica di monitoraggio costante e di presa in carico quanto più completa e tempestiva possibile delle problematiche delle persone, le informazioni in possesso del medico curante sono spesso fondamentali. Viene dunque auspicato da più parti un maggior coinvolgimento della medicina generale nel sistema integrato dei servizi.

Anche il MMG intervistato²¹ riporta la carenza di una cabina di regia in grado di coordinare un vero approccio multidisciplinare, soprattutto per quanto riguarda la parte specialistica come esami e visite a domicilio. Questo problema si va ad aggiungere a quello della carenza di personale. In merito, viene riportato il dato medio di 20 dimissioni protette/UVM per MMG

²¹ Purtroppo, e nonostante diversi tentativi, è stato identificato un solo MMG disponibile ad essere intervistato, verosimilmente a causa del sovraccarico lavorativo di questa categoria di professionisti/e.

all'anno, per un totale di 400 dimissioni protette/UVM. Tuttavia, un reale coinvolgimento del/la MMG avviene su una quota esigua di questi casi (una ventina in totale).

Inoltre, la prospettiva del MMG intervistato riporta una difficoltà di comprensione e interazione con il sistema dei servizi sociali. La prospettiva che sia il/la MMG a tenere le fila è resa di fatto poco attuabile sia dalla mancanza di tempo di questi/e professionisti/e, sia dalla loro posizione eccentrica rispetto alla rete dei servizi, soprattutto sociali. Emerge anche l'assoluta centralità della rete sociale del/la paziente, a partire da quella familiare.

2.4.3 Nuove sperimentazioni

Rispetto al quadro delineato sopra, possibili fattori di innovazione giungeranno dall'ulteriore implementazione di servizi avviati recentemente in via sperimentale, tesi a favorire l'integrazione socio-sanitaria e l'attuazione di logiche di prossimità. È il caso, ad esempio, del Servizio di Assistenza Domestica attivato nel Comune di Terni, che ha permesso di far fronte ad alcune criticità emerse durante il periodo pandemico, quando molte persone impiegate come badanti, che nella maggior parte dei casi vivevano nello stesso domicilio delle persone assistite, sono andate via, lasciando situazioni di vuoto. Sono così aumentate le segnalazioni riguardanti persone anziane che versano in stato di bisogno e per le quali non era possibile attivare un'assistenza domiciliare. I servizi previsti dall'Assistenza Domestica sono di cosiddetta "domiciliarità leggera", e includono l'aiuto per il governo della casa, l'aiuto per la cura della persona, il sostegno nelle attività giornaliere e l'aiuto per mantenere e favorire l'integrazione sociale. Secondo le persone intervistate, il servizio ha prodotto risultati soddisfacenti, favorendo, in particolare, un'intensificazione delle dinamiche di comunicazione e di integrazione fra i servizi.

Un altro servizio di grande interesse è quello dell'"Operatore/rice sociale di quartiere", attivato a Narni e finanziato grazie a risorse del Fondo Sociale Europeo (FSE) dirette alle aree interne. Il servizio consiste nell'assegnazione di un/a operatore/rice per Comune dell'area, che garantisce una presenza costante sul territorio ed è reperibile telefonicamente. Questa figura è impegnata nell'identificazione delle situazioni di fragilità e di bisogno e nella strutturazione di forme di sostegno, anche attraverso l'attivazione delle risorse del territorio: centri sociali, associazioni, farmacie, medici, attività commerciali, ecc. L'operatore/rice di quartiere funge quindi da figura di raccordo fra gli attori del territorio e tra questi e le persone: per questo deve avere una forte conoscenza delle specificità della zona, nonché delle risorse esistenti. La sua attività può tradursi nella creazione di nuovi servizi, che devono essere integrati a quelli già esistenti. Il servizio vede impegnata, in particolare, la cooperativa CIPSS, attiva su sei Comuni grazie all'impegno di tre operatori/rici. In genere, quando viene segnalata una situazione di criticità, la cooperativa effettua una prima visita domiciliare e valuta le risposte da attivare. Al momento, la cooperativa sta accogliendo tutte le richieste di aiuto. Un eventuale aumento delle richieste potrebbe in seguito comportare l'adozione di criteri di risposta. Alla scadenza del progetto verrà fatta una valutazione dei risultati ottenuti e della possibilità di renderlo strutturale.

In generale, l'auspicio delle persone intervistate è che, grazie ai fondi del PNRR, servizi di questo genere possano essere ulteriormente implementati e resi strutturali. In questa direzione, è già in atto una riflessione sulla strutturazione del complesso dei servizi, nell'ottica di passare da una logica assistenziale ad una di *empowerment*. Il PNRR viene inoltre considerato come una possibilità per uscire da una programmazione di stampo emergenziale. Troppo spesso si continua a procedere rispondendo esclusivamente alla necessità di tamponare le emergenze, senza avere la possibilità di attuare una visione più complessiva delle strategie di intervento sociale.

Radicalizzando il ragionamento, la possibilità di una programmazione più a lungo termine e di tipo strutturale può condurre ad un superamento della logica prestazionale, a partire da una mappatura dei bisogni. Questa costituisce la condizione per attuare un'inversione delle priorità nella progettazione e nelle conseguenti modalità di intervento, attraverso una messa al centro delle specificità della persona. La consapevolezza diffusa è relativa, dunque, alla necessità di modificare l'attuale rapporto tra bisogno e servizio, dando una maggiore centralità al primo. La corretta individuazione del bisogno può favorire una corretta messa in dialogo delle risorse esistenti, superando la ripartizione delle competenze esistente nell'attuale modello prestazionale, e portando attori e istituzioni a ragionare, piuttosto, in termini di "filiere" di servizi.

In questa prospettiva risultano estremamente interessanti le sperimentazioni avvenute nel 2021 e nel 2022 in materia di co-progettazione in altre parti dell'Umbria. Tali sperimentazioni hanno interessato sia singoli servizi come avvenuto nelle esperienze di co-progettazione di servizi educativi realizzatesi in diversi comuni della regione che l'intera rete dei servizi sociali come avvenuto in un Ambito sociale che ha co-progettato con gli enti di Terzo settore tutti i servizi sociali del territorio. La sfida da questo punto di vista sarà quella di estendere le sperimentazioni e strutturare sia processi di co-programmazione che di co-progettazione rendendoli sempre di più attenti ai bisogni dei beneficiari dei servizi di welfare, in modo da costruire "filiere" di servizi centrate sulle biografie delle persone piuttosto che sulle esigenze organizzative degli attori pubblici e privati coinvolti nel processo di programmazione ed erogazione dei servizi.

3. VERSO L'ELABORAZIONE DI UN NUOVO SERVIZIO

3.1 Introduzione

Il capitolo descrive le fasi di sviluppo delle attività e i risultati raggiunti nella fase successiva alla ricerca empirica, dedicata al co-design di modelli di integrazione dei servizi socio-sanitari domiciliari nei territori di Terni e Narni, nell'ottica del contrasto alle disuguaglianze e della partecipazione della comunità. L'obiettivo principale è stato quello di sviluppare una collaborazione con gli stakeholder che mirasse alla creazione di un intervento sperimentale per provare ad affrontare alcune delle criticità evidenziate durante la ricerca. Le attività si sono basate sull'approccio del co-design dei servizi e del service design²².

La fase progettuale si è concretizzata nell'elaborazione di un nuovo modello dei servizi coprodotto con gli stakeholder, e nell'identificazione di servizi innovativi integrati che potessero essere avviati come pre-fattibilità. L'azione si è divisa in quattro fasi: l'individuazione degli stakeholder da coinvolgere nei workshop di co-design, la condivisione con gli stessi dei risultati della ricerca (illustrati nel capitolo 2 di questo Rapporto) allo scopo di preparare il lavoro di produzione, la preparazione e l'effettiva realizzazione dei workshop di co-design, e, infine, la rielaborazione del materiale e delle proposte emerse durante i workshop. I workshop di co-design sono stati avviati a partire dall'analisi dell'attuale sistema – dal punto di vista normativo e delle pratiche – dei servizi socio-sanitari a carattere domiciliare, prodotta grazie alle azioni di ricerca svolte dal progetto. Utilizzando i risultati della ricerca, i workshop hanno cercato di strutturare e implementare i fattori di innovazione emersi durante le sperimentazioni sui territori, tesi a favorire l'integrazione socio-sanitaria e l'attuazione di logiche di prossimità, come il caso del Servizio di Assistenza Domestica attivato nel Comune di Terni, e quello dell'Operatore/rice sociale di quartiere attivato a Narni.

Per lo sviluppo del prototipo e l'identificazione dei servizi innovativi integrati da avviare alla pre-fattibilità sono state effettuate tre riunioni di preparazione, quattro workshop in presenza e cinque riunioni di rielaborazione. Durante queste sessioni, sono stati utilizzati alcuni strumenti consolidati della pratica del *service design* come la mappa dell'offerta, l'*user journey map*, il *blueprint* del servizio, il *business model canvas* e la scheda del servizio. Per rendere efficace il punto di vista e la creatività di ogni interlocutore (Meroni, Selloni, Rossi, 2018) sono stati adottati approcci partecipativi. Nei quattro workshop di produzione sono state coinvolte le stesse persone con ruoli chiave nei livelli politici e dirigenziali dei Comuni capoluogo (Terni e Narni), della Regione, dell'Azienda USL Umbria 2, del Terzo settore (cooperative sociali e mondo associativo) già coinvolte nelle fasi precedenti della ricerca.

3.2 Il processo

Per preparare i workshop sono state realizzate tre riunioni di pianificazione a partire dalla definizione degli obiettivi generali e specifici previsti dal progetto, i risultati da ottenere, gli strumenti e metodologia da utilizzare. In particolare, è stato necessario definire un servizio di "aggancio" per poter consentire lo sviluppo di tutti gli interventi. Il servizio scelto per avviare il

²² Per condividere tali metodologie e strumenti con tutto il gruppo di ricerca, compresi i referenti delle cooperative ACTL e CIPSS, Aris formazione e ricerca ha organizzato un corso di formazione sul tema con la professoressa Daniela Selloni del Politecnico di Milano.

lavoro è stato quello di assistenza domiciliare erogato dalla USL (ADI) e dai Comuni (Zone Sociali 10 e 11) attraverso gli Ambiti di Zona (SAD). Dopo i quattro workshop, sono state fatte cinque riunioni di rifinitura e rielaborazione con i partner di progetto per preparare la "scheda del servizio", rielaborando i contenuti emersi durante i workshop.

Durante il primo workshop, l'obiettivo è stato quello di confrontare ADI e SAD. Dopo una breve presentazione degli obiettivi, dei risultati e degli strumenti relativi ai quattro workshop si è iniziato a lavorare sui servizi selezionati. Partendo da un'analisi dell'esistente, si è ricostruito e analizzato il percorso dell'utente/"cliente" (*user journey*) e il *blueprint* dei due servizi, per confrontare similitudini, ma soprattutto per verificare i nodi critici interni ai singoli servizi e quelli legati all'integrazione degli stessi. In particolare, sono emerse alcune aree di criticità. Primo, vi è una difficoltà di informazione prima dell'accesso in quanto la persona non ha informazioni chiare in anticipo per verificare la soluzione al bisogno. Secondo, vi sono punti di accesso separati per i due servizi. Terzo, i sistemi informativi non comunicano tra i due servizi. Quarto, per entrambi i servizi non ci sono funzioni di controllo e monitoraggio nei confronti di persone che non sono prese in carico, ma che potrebbero avere problemi ad accedere tempestivamente al servizio (per esempio, persone anziane sole che non sono in carico al servizio).

Al termine del primo workshop è stata compilata una lista di possibili servizi o innovazioni di servizi esistenti per far fronte ad alcune di queste criticità, quali – ad esempio – l'operatore/rice o infermiere/a di quartiere, l'istituzione di trasporti a chiamata, il rafforzamento della telemedicina (telecontrollo/teleassistenza).

Nel secondo workshop, l'obiettivo principale era selezionare il servizio e le azioni da sviluppare. Sulla base delle criticità emerse nel primo workshop, sono state verificate alcune idee per affrontarle e verificare la loro fattibilità. In particolare, si è lavorato sul tema dell'informazione prima dell'accesso, sui punti di accesso separati e sull'attivazione dei PUA. Durante questa fase, è stata analizzata la prima esperienza pilota nel distretto di Narni, che è risultata efficace solo per la componente sanitaria. Sono emerse la mancanza di un piano organizzativo interistituzionale fra USL e i Comuni, l'assenza di una descrizione organizzativa dell'integrazione, e la necessità di trovare una soluzione al problema della non comunicabilità tra i sistemi informativi. Successivamente a questa fase, il gruppo ha scelto come servizio da analizzare e da pre-prototipare quello dell'Operatore/rice di Quartiere, adottando l'approccio metodologico proposto dal rappresentante della FISH relativamente al Funzionamento Atteso della Persona²³.

Durante il terzo e il quarto workshop, si è cercato di definire il servizio Operatore/rice di Quartiere che, nel corso dei lavori, si è evoluto in "Servizio di Abilitazione Comunitaria" (SAC), per il quale è stata elaborata una Scheda di Servizio (cfr. Appendice).

3.3 Il Servizio di Abilitazione Comunitaria (SAC)

Il servizio emerso dal lavoro dei workshop, denominato Servizio di Abilitazione Comunitaria (SAC), si orienta nella direzione di una maggiore prossimità non solo geografica ma relazionale, intesa come conoscenza della persona e del suo contesto di vita. La relazione con la persona non

²³ Il concetto di funzionamento atteso cambia la prospettiva poiché mette la persona al centro, non solo partendo dai bisogni, ma soprattutto dalle risorse, desideri e opportunità che può generare. In questa prospettiva, la condizione di disabilità è quella che vive colui il quale, in ragione delle sue "caratteristiche di salute", ha un *capability set* limitato rispetto ai propri obiettivi e alle proprie ambizioni, diventa congruo valutare il grado di disabilità della persona sulla base degli scostamenti del suo *capability set* effettivo da quello "ideale", da quello cioè che egli dovrebbe avere per essere nelle condizioni di poter esprimere pienamente il proprio essere e per poter realizzare i traguardi attesi.

avviene nel momento in cui il bisogno acuto si manifesta, in cui spesso le misure da mettere in campo sono di natura emergenziale e necessariamente prestabilite, ma a monte. Il SAC individua la prossimità come capacità di tessere relazioni sia tra persone e reti informali del territorio, che con risorse più strutturate dei servizi pubblici e del Terzo settore (e, dunque, come conoscenza di tali reti, risorse e servizi), e di orientare le risposte verso i bisogni della persona.

Il servizio è disegnato per evitare la perdita di informazioni e know-how partendo dalla capacità di lettura dei bisogni, risorse, abilità ed attitudini delle persone e della comunità. Inoltre, il servizio prevede un maggior coinvolgimento di tutti i soggetti interessati, a partire dagli enti di Terzo settore che erogano servizi o che rappresentano gli interessi delle persone beneficiarie (come le associazioni che si occupano di tutela dei diritti delle persone con disabilità). Ciò al fine di cogliere la complessità dei bisogni attraverso uno sforzo di ricomposizione di sguardi diversi, che portino punti di vista complementari e necessari alla ricostruzione accurata delle domande a cui si cerca di dare risposta. Tale coinvolgimento è previsto a partire dalla progettazione del servizio, con l'obiettivo di valorizzare tutte le risorse a disposizione della comunità, in un'ottica di maggiore sinergia e integrazione.

Il servizio punta in via prioritaria ad introdurre innovazioni non tanto di prodotto (un servizio innovativo volto a rispondere al singolo bisogno) quanto di processo, per garantire un'effettiva collaborazione tra i diversi attori coinvolti. Ciò a partire dalla consapevolezza che l'integrazione socio-sanitaria su base territoriale non può prescindere dall'integrazione di processi, professionalità e competenze tra le diverse organizzazioni chiamate in causa nel sistema dei servizi.

3.3.1 Obiettivi e destinatari del servizio

Il servizio SAC ha come obiettivo principale il "funzionamento atteso" della persona attraverso: l'analisi, la ricerca e la progettazione individualizzata, comprendendo e utilizzando le capacità, le risorse, i bisogni e le aspettative della persona e della comunità; l'attivazione delle risorse della persona e della comunità; l'ottimizzazione dei servizi alla domiciliarità per l'inclusione sociale. Il servizio vuole consentire alla persona di rimanere nel proprio domicilio e nel proprio contesto familiare, oltre che sociale, ricevendo le cure e l'assistenza necessaria, prevenendo (o comunque ritardando) la necessità di ricorrere al ricovero in strutture ospedaliere o residenziali. Esso mira anche a favorire l'inclusione sociale della persona tramite una piena integrazione con e tra i servizi territoriali correlati come, ad esempio, il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) e il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) già attivi nel territorio. Il servizio va ad integrare i servizi domiciliari esistenti (SAD e ADI in particolare) attraverso: la gestione e la condivisione delle informazioni e dei piani individuali con i servizi territoriali della USL e dei Comuni (Zone Sociali); riunioni congiunte previste nel processo di erogazione (accesso, segnalazione, definizione dei piani individuali, monitoraggio, riallineamento dei piani, chiusura e follow up); reportistica sistematica sul servizio e sulle singole persone. L'obiettivo secondario del servizio è lo sviluppo e l'attivazione della comunità, creando nuove relazioni o rafforzando le relazioni esistenti all'interno della comunità tra tutti i soggetti che contribuiscono al miglioramento delle condizioni di salute e all'inclusione sociale.

L'intervento SAC è progettato per rispondere alle esigenze delle persone anziane con più di 65 anni e degli adulti con disabilità che risiedono nelle Zone Sociali 10 e 11 e si trovano in situazioni di fragilità sanitaria, economica e/o sociale. Esso mira a fornire un supporto diretto a queste persone, consentendo loro di affrontare le sfide legate all'invecchiamento o alla disabilità e di migliorare la propria qualità di vita. Inoltre, gli effetti di suddetta attività si estendono anche

ai servizi territoriali presenti nelle zone coinvolte, beneficiando indirettamente sia le persone che lavorano in tali servizi che le comunità locali nel loro complesso. In questo modo, il servizio non solo fornisce un supporto individuale, ma contribuisce anche a rafforzare le reti e le risorse della comunità, creando un impatto più ampio e duraturo.

3.3.2 Attività, accesso e modalità di realizzazione

Il servizio SAC prevede una serie di attività e prestazioni principali che mirano ad analizzare il potenziale delle capacità, delle risorse, dei bisogni e delle aspettative della persona. Questo processo coinvolge anche l'identificazione delle risorse disponibili e attivabili all'interno della comunità di riferimento e la definizione delle strategie e metodologie per attivare sia le risorse della persona che quelle della comunità stessa, al fine di favorire l'intervento individuale e promuovere l'inclusione sociale delle persone servite. Inoltre, si prevede la progettazione e realizzazione di interventi personalizzati per la domiciliarità e l'inclusione sociale, tenendo conto dei piani di assistenza individualizzata esistenti. Nella realizzazione del servizio, verrà altresì effettuata una riprogettazione continua (sia al livello della singola persona che comunitaria) e, conseguentemente, riunioni periodiche che coinvolgeranno équipe/staff interne alle cooperative che erogano il servizio, servizi dell'USL e Ufficio Cittadinanza.

Sono previste anche attività e prestazioni secondarie, come l'analisi del potenziale delle capacità/risorse e dei bisogni/aspettative della comunità; la definizione, manutenzione e implementazione della mappa degli stakeholder; l'attivazione e animazione comunitaria e il Piano della comunità.

Per quanto riguarda le modalità di accesso al servizio, in fase di attivazione si farà riferimento alla lista pregressa presso l'Ufficio Cittadinanza. Le nuove richieste per l'attivazione del servizio potranno in seguito essere effettuate dalla persona direttamente interessata, dai familiari, dal Medico di Medicina Generale, da amici o vicini. Le richieste possono essere presentate all'Ufficio di Cittadinanza o direttamente alla cooperativa, nel caso di un rapporto privato o convenzionato.

La modalità di realizzazione del servizio prevede diverse fasi. Gli/le assistenti sociali impiegati/e presso l'Ufficio Cittadinanza accolgono la richiesta di attivazione del servizio. Successivamente, in collaborazione con L'Operatore/trice di Comunità, effettuano una o più visite domiciliari e si incontrano con la persona direttamente interessata e/o i suoi familiari. Durante questi incontri, viene valutato il bisogno sia in termini quantitativi che qualitativi, identificando la tipologia di interventi necessari. Gli/le assistenti sociali e l'Operatore/rice di Comunità elaborano un progetto personalizzato che prevede l'attivazione del servizio, una prima definizione dell'obiettivo, e l'articolazione delle ore settimanali da svolgersi in uno o più ingressi. Infine, avviene la condivisione del piano individuale con la persona e/o i suoi familiari e formalizzazione dello stesso. Questa modalità di realizzazione del servizio assicura una valutazione approfondita del bisogno e la definizione di un piano personalizzato che tenga conto delle specifiche esigenze della persona coinvolta, garantendo così un intervento mirato e adeguato. Per maggiori dettagli sul SAC si rimanda alla scheda di servizio in Appendice.

4. PROSPETTIVE EVOLUTIVE

4.1 Introduzione

Il quadro tratteggiato nei capitoli precedenti mostra come, a livello sia nazionale sia regionale e territoriale, si stia attraversando un momento di transizione. Una serie di eventi, infatti, prospettano alcuni cambiamenti strutturali nell'articolazione dei sistemi di welfare locale. Ad essere implicato, in particolar modo, sarà proprio il rapporto tra ambito sanitario e ambito sociale, interessato dagli interventi previsti dal PNRR e dal DM77/22, nonché dalla cosiddetta "legge quadro sulla disabilità" (legge 227/2021). Accanto alla scala nazionale, c'è da considerare l'impatto che avrà, nell'immediato futuro, l'ulteriore sviluppo dei servizi di prossimità introdotti in via sperimentale negli ultimi tempi e descritti al termine del capitolo 2 di questo Rapporto. Infine, sono da tenere presenti i nuovi strumenti per l'amministrazione condivisa (co-programmazione e co-progettazione) e la loro evoluzione attuativa.

All'interno del PNRR sono stati stanziati 2 miliardi di euro che verranno investiti per l'attivazione di 1.288 Case della Comunità, ovvero "punti di assistenza continuativa per la popolazione, in particolare per le persone fragili e gli anziani". Ulteriori risorse saranno stanziate per il potenziamento dei servizi domiciliari e della telemedicina. Il PNRR prevede inoltre l'attuazione della riforma della legge quadro sulla disabilità (legge 227/2021), che punta alla de-istituzionalizzazione e alla promozione dell'autonomia delle persone con disabilità. Tali obiettivi verranno realizzati, come si legge nel Piano, attraverso "il rafforzamento e la qualificazione dell'offerta di servizi sociali da parte degli Ambiti territoriali, la semplificazione dell'accesso ai servizi socio-sanitari, la revisione delle procedure per l'accertamento delle disabilità, la promozione dei progetti di vita indipendente, la promozione delle unità di valutazione multidimensionale sui territori, in grado di definire progetti individuali e personalizzati ex art. 14 legge n. 328/00 e legge 112/2016, anche attraverso l'implementazione territoriale dei Punti Unici di Accesso per le persone con Disabilità (PUA) quali strumenti per la valutazione multidimensionale". Quindi, a partire dalla legge 227/2021, si prevede che entro giugno 2024 verranno adottati i decreti legislativi per l'autonomia delle persone con disabilità nelle prospettive sopra descritte.

Questi ambiti di intervento descrivono due dei principali fronti evolutivi dei servizi di assistenza a livello locale, a cui si aggiunge quello dei nuovi strumenti per l'amministrazione condivisa. Questi fronti di innovazione, a cui dedicheremo i prossimi paragrafi, interrogano la capacità di istituzioni e attori locali di tradurre i dettati normativi in un modello che possa effettivamente declinare le logiche di prossimità e di integrazione prospettate entro nuove prassi.

4.2 Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e il Decreto Ministeriale 77/2022

Di particolare interesse, rispetto ai temi emersi nella ricerca, si mostrano le missioni 5 e 6 del PNRR. La missione 5 prevede degli interventi diretti a valorizzare la dimensione "sociale" delle politiche sanitarie e dei servizi a favore dei soggetti più vulnerabili. All'interno di tale missione si prevede l'accelerazione dell'attuazione della riforma del Terzo settore, per il cui completamento mancano ancora importanti decreti attuativi. La missione 6, invece, riguarda specificamente il tema della sanità.

La creazione delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità, prevista dalla missione 6 del PNRR e dettagliata nel DM77/22, si inserisce nell’obiettivo di rafforzare l’assistenza sanitaria territoriale, attraverso il potenziamento di strutture e presidi di prossimità. La Casa della Comunità viene presentata come lo strumento atto a coordinare tutti i servizi offerti, in particolare alle persone con patologie croniche. All’interno della Casa della Comunità opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale e specialisti/e, pediatri di libera scelta, infermieri/e di comunità e altri/e professionisti/e della salute. Essa potrà ospitare anche assistenti sociali.

Particolare attenzione è riposta sulla necessità di rafforzare i servizi sociali territoriali, in un’ottica di integrazione rispetto al lato sanitario dell’assistenza. Ciò è particolarmente evidente nella missione 5 del PNRR, in cui pure è possibile rilevare la centralità dell’integrazione socio-sanitaria. Nella missione sono annunciati innanzitutto investimenti diretti a rafforzare e costruire infrastrutture per i servizi sociali territoriali al fine di prevenire l’istituzionalizzazione. Essi si dividono in: “(i) interventi finalizzati a sostenere le capacità genitoriali e a supportare le famiglie e i bambini in condizioni di vulnerabilità; (ii) interventi per una vita autonoma e per la deistituzionalizzazione delle persone anziane, in particolare non autosufficienti; (iii) interventi per rafforzare i servizi sociali a domicilio per garantire la dimissione anticipata e prevenire il ricovero in ospedale; (iv) interventi per rafforzare i servizi sociali attraverso l’introduzione di meccanismi di condivisione e supervisione per gli assistenti sociali”.

Le risorse più ingenti saranno dirette alla conversione delle RSA e delle case di riposo per anziani in gruppi di appartamenti autonomi, nella prospettiva di assicurare la massima autonomia e indipendenza della persona. Sono, inoltre, immaginati interventi aventi la finalità di accelerare il processo di deistituzionalizzazione, fornendo servizi sociali e sanitari di comunità e domiciliari al fine di migliorare l’autonomia delle persone con disabilità. Il proposito è di creare dei servizi di assistenza sociale personalizzati, focalizzati sui bisogni specifici delle persone disabili e vulnerabili e delle loro famiglie, prestando particolare attenzione allo sviluppo di soluzioni domestiche.

Un ulteriore elemento di raccordo tra lato sociale e lato sanitario dell’assistenza sarà costituito dall’introduzione di un punto unico di accesso (PUA), come annunciato sia nella missione 5 sia nella missione 6 del PNRR. I PUA saranno collocati all’interno delle Case della Comunità, per le valutazioni multidimensionali (servizi socio-sanitari) e i servizi dedicati alla tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari secondo un approccio di medicina di genere. All’interno del DM77/22, in particolare, sono specificati i ruoli delle équipe integrate ospitate all’interno dei PUA, le quali assicurano la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM), su cui ci siamo precedentemente soffermati. È sulla base della valutazione dell’UVM che l’équipe integrata procede alla definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI)²⁴. L’obiettivo dev’essere, in particolare, quello di “delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie”.

Sempre sul fronte dell’integrazione, è prevista la nuova figura dell’infermiere/a di famiglia o di comunità (IFoC), che avrà il compito di assicurare l’assistenza infermieristica in collaborazione con tutti i/le professionisti/le presenti nella comunità in cui opera ponendo al centro la persona. Inoltre, come specificato nel DM77/22, tale figura “garantisce la risposta assistenziale

²⁴ Per un approfondimento, si veda il testo del decreto, nonché gli allegati: https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2022-06-22&atto.codiceRedazionale=22G00085&elenco30giorni=false.

all'insorgenza di nuovi bisogni sanitari espressi o potenziali che insistono in modo latente nella comunità". L'IFoC dovrà quindi interagire con tutti gli attori e le risorse formali e informali del territorio, con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute e mediante attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità.

Il PNRR prevede inoltre l'attivazione di 602 Centrali Operative Territoriali (COT), una in ogni Distretto, con la funzione di "coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza". Infine, viene prevista l'attivazione di 381 Ospedali di Comunità, nell'ambito del potenziamento dell'offerta dell'assistenza intermedia a livello territoriale. L'Ospedale di Comunità è una "struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata". Esso potrà favorire una maggiore appropriatezza delle cure, determinando una diminuzione degli accessi a servizi come il pronto soccorso o a prestazioni specialistiche. Al contempo, esso punta a favorire una migliore transizione dei/le pazienti al proprio domicilio.

Come abbiamo anticipato, nei Distretti interessati dal progetto, è prevista la realizzazione di tre Case della Comunità rispettivamente a Terni (dove sarà istituito anche un Ospedale di Comunità con 20 posti letto), Narni e Amelia. Il territorio sarà inoltre interessato dall'attivazione delle COT²⁵. Gli scenari prefigurati dal PNRR vengono percepiti come potenziali matrici di ripensamento del sistema di welfare locale, innanzitutto nell'ottica di superare l'attuale frammentazione ed eterogeneità che caratterizza le logiche della progettazione sanitaria e sociale e della relativa organizzazione dei servizi. I principali timori sono connessi con la vicinanza delle scadenze imposte dal PNRR, soprattutto in relazione alla complessità delle sfide che si prospettano. Queste impongono un'intensificazione delle dinamiche di consultazione interne al Distretto, al momento ancora piuttosto scarse.

C'è, infatti, la consapevolezza che l'integrazione fra sociale e sanitario non possa essere ottenuta attraverso un'azione di mero accentramento dei servizi entro edifici di nuova costruzione. In altri termini, l'integrazione non può consistere semplicemente nella coesistenza "fisica" delle figure responsabili dei servizi, in assenza di un'attività di raccordo più ampia e complessa. C'è la necessità, insomma, di ripensare radicalmente l'organizzazione del lavoro socio-sanitario, armonizzando gli approcci alle situazioni di bisogno e favorendo, al contempo, una riarticolazione dell'attuale riparto delle competenze e dei modelli gestionali.

Inoltre, la concreta implementazione dei modelli prefigurati non può prescindere dall'adattamento alle specificità territoriali, che impongono, in molti casi, sfide inedite e peculiari. In questo senso, l'accentramento di determinate competenze viene spesso percepito come una minaccia, in quanto impedisce una maggiore aderenza degli strumenti ai livelli territoriali più vicini al cittadino. In questa direzione, la regione Umbria ha istituito un tavolo di lavoro sulle Case della Comunità, che sta ragionando attorno alle modalità per favorire un'integrazione sostanziale fra le figure che lavoreranno all'interno delle strutture, scongiurando il rischio che il processo possa tradursi in un semplice "trasloco". In questo quadro, Villa Umbra (Agenzia formativa della regione) ha già strutturato un corso per 20 IFoC.

Il PNRR ha insomma delineato i fronti di sfida più cogenti rispetto all'attuazione dell'integrazione socio-sanitaria. C'è, però, la necessità di declinare una programmazione ancora articolata – molto spesso – in forma di "principi", all'interno delle concrete dinamiche

²⁵ Per un approfondimento, si rimanda al paragrafo 2.2.

organizzative e istituzionali che caratterizzano il territorio. L'urgenza di adattare un modello di integrazione in alcuni casi incommensurabile rispetto alle dinamiche attualmente esistenti impone un obbligo di confronto e di mediazione fra attori sociali e istituzioni, indispensabile alla definizione di obiettivi comuni. Il rischio principale è che i dettati normativi possano essere avvertiti come eccessivamente astratti e "impermeabili" alle esigenze del territorio, e che la loro concreta implementazione, nonché il loro potenziale innovativo, possano essere così frenati. Da ciò deriva l'importanza – che abbiamo esplicitamente assunto all'interno della presente ricerca – di un confronto fra tutti gli attori attualmente impegnati nel territorio sul fronte assistenziale, che sfoci nell'indicazione di linee di indirizzo condivise, entro cui possa essere attualizzato il modello di integrazione prospettato nel PNRR.

4.3 Legge quadro sulla disabilità

L'attuazione della riforma della legge quadro 227 del 2021 sulla disabilità, come abbiamo anticipato, è prevista dal PNRR all'interno di una complessiva ristrutturazione dei servizi di assistenza, orientata alla personalizzazione degli interventi e alla promozione di progetti di vita indipendente.

Particolare centralità viene posta dal PNRR sulla necessità di strutturare un sistema organico di interventi in favore di persone anziane non autosufficienti. Verranno dunque individuati i livelli essenziali delle prestazioni nella cornice finanziaria indicata, e al contempo verrà ristrutturata l'intera articolazione del modello di assistenza, dall'individuazione del bisogno fino alla definizione degli interventi. Come si legge nel Piano, infatti, verrà semplificato l'accesso mediante punti unici di accesso socio-sanitario, saranno individuate nuove modalità di riconoscimento della non autosufficienza basate sul bisogno assistenziale e su assessment multidimensionale, infine verrà riformulata la definizione dei progetti. Questi ultimi, infatti, saranno individualizzati e diretti a favorire la permanenza al domicilio, nell'ottica della deistituzionalizzazione.

Gli attori del territorio nutrono importanti aspettative rispetto a questa legge, che potrebbe favorire una differenziazione delle strategie di intervento a seconda delle soggettività da assistere. Si tende, infatti, ancora a generalizzare gli interventi alle persone anziane non autosufficienti per tutte le persone con disabilità, laddove, invece, è presente un'estrema eterogeneità di caratteristiche e bisogni. A questo proposito, l'ambito della disabilità è oggi uno dei più sfidanti per i sistemi di welfare locale. Ciò innanzitutto in virtù di una serie di trasformazioni socio-demografiche ed economiche, che hanno allargato il ventaglio di soggettività bisognose di assistenza.

Sono cresciute, negli ultimi tempi, le domande da parte della fascia di popolazione tra i 65 e gli 80 anni, come pure i bisogni delle persone con disabilità e delle loro famiglie in materia di "vita indipendente" e "dopo di noi"²⁶. Si tratta di persone che hanno bisogni assai diversi da quelli attualmente previsti dall'assistenza geriatrica, per le quali si rende necessario un cambio di approccio e di strumenti. C'è, inoltre, l'emersione dirompente della disabilità fisica e mentale sia in età evolutiva sia nell'adulto. Essa comporta numerosi problemi differenti rispetto a quelli

²⁶ "Dopo di noi" consiste in un servizio rivolto a tutti i cittadini residenti nei comuni della Zona Sociale 11, finalizzato all'attuazione delle misure previste dalla legge n. 112/2016. Queste concernono "l'assistenza, la cura e la protezione nel superiore interesse delle persone con disabilità grave, non determinate dal naturale invecchiamento o patologie connesse alla senilità, prive di sostegno familiare in quanto mancanti di entrambi i genitori o perché gli stessi non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno familiare, nonché in vista del venir meno del sostegno familiare, attraverso la progressiva presa in carico della persona interessata, già durante l'esistenza in vita dei genitori". Il servizio "Dopo di noi" consiste nella realizzazione di progetti personalizzati per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive di sostegno familiare.

storicamente affrontati nell’ambito della disabilità in età avanzata. Eppure, le residenze protette per anziani ancora si trovano ad accogliere, spesso, anche queste persone, in assenza di strumenti alternativi.

Alcune delle principali sfide, su questo fronte, sono emerse durante l’attuazione del progetto “Vita indipendente”, avviato su iniziativa del Comune di Narni grazie all’impiego di risorse provenienti dal FSE. Le maggiori difficoltà sono state incontrate sul fronte del coinvolgimento delle famiglie, in tutte le fasi di identificazione dei bisogni e di elaborazione degli interventi. Questo lavoro richiede la costituzione di team multidisciplinari, che possano mettere in comunicazione ambiti differenti all’interno di modelli di valutazione e di gestione complessiva. La legge sulla disabilità, prospettata dal PNRR, potrà contribuire ad innovare questi ambiti dell’assistenza, favorendo un allargamento della platea dei potenziali beneficiari. In particolare, le cooperative sono consapevoli di poter giocare un ruolo importante all’interno della riarticolazione complessiva dei servizi rivolti alla disabilità, essendo questo uno degli ambiti che li vede più impegnati. La possibilità di mettere a sistema gli interventi costituisce un’opportunità per superare la frammentarietà attuale, all’interno di un complessivo coordinamento di competenze e funzioni. Si tratta ad ogni modo di una sfida molto complessa perché comporta una radicale revisione delle modalità di erogazione dei servizi socio-sanitari attualmente in vigore.

4.4 L’amministrazione condivisa

Gli istituti della co-programmazione e della co-progettazione, che abbiamo esaminato nel paragrafo 1.4.2, possono costituire degli strumenti decisivi da adoperare per migliorare l’efficacia del welfare locale. In particolare, quello dell’amministrazione condivisa può essere assunto come possibile spazio in cui puntare a costruire un diverso modello di assistenza socio-sanitaria, che superi la frammentazione che caratterizza i sistemi attuali e che garantisca un coordinamento proficuo fra gli attori del territorio impegnati nel disegno e nell’erogazione dei servizi.

È necessario, però, indagare l’effettività delle condizioni che rendono possibile un rapporto di collaborazione efficace fra amministrazioni e Terzo settore, in relazione alla specificità dei contesti territoriali. Si tratta innanzitutto di comprendere quali sono i problemi da affrontare e gli strumenti da adoperare per favorire e rendere fruttuose la collaborazione e l’innovazione. Già le ricerche condotte sui piani di zona introdotti dalla 328, avevano mostrato che “per collaborare sono necessarie diverse condizioni: la capacità di dialogo e comprensione reciproca, l’allineamento degli obiettivi, un minimo di fiducia tra le parti” (Fazzi, 2021).

Oggi, le prime ricerche empiriche sulle esperienze di amministrazione condivisa che sono state realizzate in Italia negli ultimi anni hanno evidenziato che l’efficacia della collaborazione non dipende esclusivamente dall’introduzione di nuove procedure amministrative (Euricse, 2023). In altri termini, i processi collaborativi non sono l’esito di trasformazioni meramente formali, ma vanno costruiti all’interno della concretezza dei processi organizzativi e dei sistemi di governance del welfare locale, al fine di sviluppare diverse modalità di lavoro e di promuovere relazioni diverse fra gli attori pubblici e del privato sociale, nonché fra questi e i territori in cui operano.

L’efficacia della collaborazione esige conoscenza reciproca, allineamento di aspettative e interessi, nonché l’esistenza, la mobilitazione e la cura di relazioni di fiducia tra tutti gli attori coinvolti. Fondamentale, in questa direzione, è la predisposizione di strumenti – innanzitutto formativi – finalizzati a rafforzare la vocazione inclusiva delle organizzazioni, favorendo l’instaurazione di dinamiche di fiducia e reciprocità, che costituiscono il presupposto per collaborare e allinearsi verso obiettivi comuni.

Si tratta di un percorso assai difficile, vista la necessità di innescare logiche incommensurabili rispetto a quelle competitive che hanno dominato, per anni, i sistemi di welfare locale, contrastando, al contempo, l'accomodamento su logiche di standardizzazione e burocratizzazione, e allargando la partecipazione e il radicamento entro i bisogni della comunità.

Un'importante occasione per il territorio è costituita dall'entrata in vigore, il 23 marzo 2023, della legge regionale n. 2 su "Disposizioni in materia di amministrazione condivisa", già citata nel paragrafo 2.2 sul quadro normativo regionale e locale. All'interno di essa si stabilisce che la "Regione riconosce, favorisce e valorizza l'autonoma iniziativa delle formazioni sociali per lo svolgimento di attività di interesse generale", promuovendo, in particolare, l'utilizzo degli strumenti dell'amministrazione condivisa "al fine di assicurare il coinvolgimento degli enti del Terzo settore nell'esercizio delle funzioni di programmazione e organizzazione a livello territoriale degli interventi e dei servizi nei settori di attività di interesse generale".

L'entrata in vigore della legge può innescare un processo di revisione radicale della governance del welfare locale, che punti a favorire una maggiore collaborazione e ad integrare i servizi di assistenza, superando l'impostazione prestazionale che domina l'attuale modello competitivo. All'interno di questa nuova cornice normativa, possono essere pienamente valorizzate le specificità del Terzo settore, che può finalmente essere assunto come attore centrale all'interno di un modello di medicina territoriale che porti in primo piano i bisogni della persona e delle comunità di riferimento.

Le potenzialità del Terzo settore come attore in grado di favorire il coinvolgimento e partecipazione attiva dei cittadini continuano infatti ad essere fortemente sottostimate da più parti. L'aspetto determinante è pertanto capire come valorizzare l'impegno civico, di cui le organizzazioni di Terzo settore sono diretta espressione, al fine di garantire la partecipazione attiva dei cittadini lungo tutto il processo di intercettazione e analisi dei bisogni, programmazione, finanziamento ed erogazione dei servizi. La propensione del Terzo settore a innescare processi partecipativi potrebbe essere nondimeno maggiormente valorizzata sia per coagulare professionalità diverse e disegnare percorsi di cura integrati, sia per costruire alleanze a livello territoriale nell'ottica del potenziamento di una medicina di prossimità in continuità con altri interventi di natura sociale (Galera, 2020). Questo anche grazie alla precipua capacità del Terzo settore di creare spazi di "ascolto attivo" e di co-decisione su tematiche socialmente delicate, come è appunto la costruzione di reti di servizi socio-sanitari all'interno di un nuovo paradigma sanitario.

Fondamentale è, allora, un profondo investimento sulla sanità pubblica territoriale, o "medicina di prossimità", con la partecipazione delle organizzazioni di Terzo settore nel progettare ed erogare servizi per la comunità, e monitorarne dal suo interno la qualità, come sperimentato con successo in alcuni territori (ad esempio, a Trieste con l'esperienza delle Microaree).

L'amministrazione condivisa può essere lo strumento con cui rendere possibile il disegno e la gestione, da parte di pubblico e Terzo settore, di un ampio raggio di servizi sanitari e socio-sanitari che garantiscano, da un lato, il potenziamento dell'offerta assistenziale territoriale – residenziale e semiresidenziale; domiciliare; alle persone anziani, disabili o con patologie psichiatriche; domiciliare integrata; assistenza mirata per le persone con patologie in fase terminale – e, dall'altro, la continuità della cura, ben al di là del ricovero ospedaliero (Galera, 2020).

CONCLUSIONI

All'interno di un quadro concettuale e di riferimento di respiro nazionale, la ricerca presentata in questo Rapporto ha cercato di ricostruire l'attuale stato di integrazione socio-sanitaria nei territori di Terni e Narni, con particolare riferimento all'ambito dei servizi domiciliari e di prossimità, prendendo in esame sia i dati e la documentazione esistenti (dalle leggi nazionali ai piani regionali e comunali fino ai capitolati delle gare di appalto) sia le evidenze emerse da una serie di interviste ad informatori chiave, rappresentativi di tutte le principali istituzioni coinvolte nella progettazione ed erogazione dei servizi sociali e sanitari sul territorio. Il lavoro restituisce un quadro articolato e complesso, caratterizzato da un impianto normativo e programmatico che prevede la ricerca di una sempre maggiore integrazione tra l'ambito sociale e quello sanitario, a cui però spesso si fatica a dare seguito nella pratica, per numerosi motivi che hanno a che fare con le caratteristiche delle organizzazioni coinvolte, con la natura delle fonti di finanziamento, con la carenza di personale e competenze, e con i processi e gli strumenti utilizzati per l'affidamento dei servizi.

I risultati presentati nei capitoli precedenti hanno evidenziato in particolare tre aree di criticità nell'organizzazione dei servizi socio-sanitari, con particolare riferimento ai temi dell'integrazione e della prossimità: i meccanismi per la rilevazione dei bisogni, il sistema dell'assistenza domiciliare, e i processi di progettazione e affidamento dei servizi.

Un primo aspetto emerso riguarda la pressoché assenza di meccanismi strutturati per la rilevazione dei bisogni e delle risorse. Tanto sul fronte sanitario quanto su quello sociale, infatti, è emersa la difficoltà sia di reperire dati aggiornati in tempo utile, sia di associare i processi di pianificazione e programmazione ad una conoscenza e ad una lettura critica di tali dati. Manca, trasversalmente a istituzioni e servizi, una "cultura del dato" che possa orientare non solo chi riveste ruoli decisionali a livello politico e delle politiche, ma anche operatori e operatrici dei servizi verso una conoscenza più completa del territorio. Questo pur in presenza di una sensibilità al tema tra le persone intervistate, e di strutture qualificate come il Centro regionale per la Salute Globale (CERSAG), polo di eccellenza per la ricerca e la formazione nella sorveglianza epidemiologica, nella sicurezza alimentare, nella promozione di una vita sana, istituito nel 2019 proprio nella USL Umbria 2.

Lavorare per una maggiore raccolta e diffusione e per un maggiore e migliore utilizzo dei dati è una direzione importante in cui andare per una programmazione capace di rispondere a bisogni diversificati e in trasformazione. Nel farlo, è opportuno prestare attenzione a due dimensioni spesso poco considerate: da un lato, l'integrazione tra sistemi e servizi, un aspetto fondamentale sottolineato anche dal PNRR (e che vede nei processi di digitalizzazione un'importante opportunità), imprescindibile per garantire tanto l'integrazione verticale (tra comparti dello stesso sistema, vedi, per esempio, la continuità assistenziale tra ospedale e territorio), quanto quella orizzontale (tra sistemi e servizi differenti, per esempio, tra sociale e sanitario, ma anche tra servizi pubblici e cooperative); dall'altro lato, la dimensione dell'equità, che impone di andare oltre i valori medi per una descrizione più diversificata dei gruppi sociali e territoriali e delle loro disuguaglianze. Troppo spesso, infatti, le innovazioni e i miglioramenti nei servizi non sono informati da – e dunque orientati verso – logiche di equità, con il rischio (dimostrato dalle evidenze) di avvantaggiare chi ha meno bisogni e più risorse, aumentando così le disuguaglianze.

Un secondo ambito di criticità sottolineato trasversalmente dalle persone intervistate riguarda il sistema dell'assistenza domiciliare. Senza ripetere quanto riportato estensivamente nei

paragrafi precedenti, l'attuale sistema è messo in discussione per il suo carattere troppo prestazionale, che limita la personalizzazione degli interventi e dunque la capacità di dare risposte efficaci, e per la sua natura ancora troppo divisa tra sociale e sanitario (una divisione che parte strutturalmente dalle divisioni di budget, ma che si riverbera anche nella divisione di competenze di operatrici e operatori, a partire dai percorsi formativi). Semplificando, si riesce a dare troppo poco e spesso troppo tardi, mentre la consapevolezza diffusa tanto in chi decide e organizza, quanto in chi opera nell'erogazione del servizio, è che ci sia molto spazio di azione integrata prima, attraverso cui supportare persone e famiglie per una maggior autonomia e una più prolungata (e spesso salutare) permanenza al domicilio. Ambiti di criticità sono anche il raccordo con il servizio di Continuità Assistenziale e con i/le MMG, anello critico del sistema come riportato nei paragrafi precedenti. Inoltre, trova ancora poco spazio la voce delle persone assistite, con una crescente domanda di ascolto (ma anche capacità di espressione e di autorappresentazione dei propri bisogni) soprattutto da chi vive in condizioni di disabilità.

Molto si può fare e, in parte, è in corso di sperimentazione, nella direzione di una maggiore prossimità – non solo geografica, ma relazionale. Prossimità intesa come conoscenza della persona e del suo contesto di vita non nel momento in cui il bisogno acuto si manifesta, e in cui spesso sono da mettere in campo misure emergenziali e necessariamente prestabilite, ma a monte. Prossimità come capacità di tessere relazioni tanto tra persone e reti informali del territorio, quanto con risorse più strutturate sia dei servizi pubblici che del Terzo settore (e, dunque, come conoscenza di tali reti, risorse e servizi, aspetto che spesso manca sia per le famiglie che per operatrici e operatori), e di orientare le risposte verso i bisogni della persona. La sperimentazione dell'operatore/rice di quartiere nel territorio di Narni va in questa direzione, ma esempi analoghi si ritrovano sul territorio nazionale, dalle Microaree di Trieste ad alcune declinazioni della nuova figura dell'Infermiere di Famiglia o di Comunità (che nei territori analizzati risulta ancora molto incardinata su aspetti prettamente sanitari).

Un elemento importante da sottolineare, e che potrebbe essere meglio sfruttato anche nell'attuale assetto, è la necessità di un maggiore ascolto di operatori/rici impegnati/e nei servizi nelle fasi di valutazione, pianificazione e programmazione. Troppo spesso, infatti, un patrimonio di esperienza e competenza maturata a contatto con le persone e le famiglie, patrimonio importante anche per il precedente discorso sulla ricostruzione dei bisogni, non viene messo a frutto per un miglioramento dei servizi e della loro efficacia. In questo senso, da tutte le persone intervistate è stata sottolineata l'importanza, e spesso la mancanza, di momenti strutturati di incontro e confronto. Pur consapevoli delle limitazioni di tempo e personale esistenti, questo viene ritenuto un elemento importante verso l'obiettivo – ancora lontano – dell'integrazione tra servizi e con le risorse del territorio, Terzo settore in *primis*.

A questo proposito, un anello ancora più marginale – eppure del tutto centrale nel reggere il settore dell'assistenza a domicilio – è rappresentato dalle persone impiegate come badanti. Attualmente, il loro coinvolgimento nell'organizzazione del sistema dell'assistenza domiciliare è contingente e per nulla strutturale, per quanto spesso la presenza o assenza di una figura di riferimento per la cura alla persona faccia la differenza tra successo e fallimento della presa in carico, o comunque incida in modo significativo sulla complessità e gli esiti dell'intervento. Un maggiore intervento pubblico sia nel favorire l'incontro tra domanda e offerta di personale qualificato per l'assistenza (attualmente gestito a mercato, con situazioni sia di sfruttamento lavorativo che di carenze nella qualità del servizio, e conseguenti rischi per la salute tanto di chi presta quanto di chi riceve assistenza), sia nel coinvolgere tale personale nella rete dei servizi (con iniziative di formazione, aggiornamento, incontro e ascolto), sarebbe fortemente auspicabile.

Un terzo ambito di criticità, collegato trasversalmente agli altri due evidenziati sopra, riguarda i processi di progettazione e assegnazione dei servizi, caratterizzati da uno scarso coinvolgimento dei principali portatori di interessi nella fase di programmazione e progettazione e dal ricorso alle gare di appalto come unico meccanismo di affidamento. Abbiamo visto infatti come i luoghi istituzionali deputati alla programmazione e all'attivazione di processi partecipativi (principalmente le Conferenze di Zona e i Tavoli zonali di Concertazione e Co-progettazione) ad oggi faticino ad assolvere al proprio compito (nel caso delle Conferenze di Zona) o siano sostanzialmente inattivi (come nel caso dei Tavoli zonali). Questo si riflette in una perdita di informazioni e know-how e in una ridotta capacità di lettura dei bisogni, nonché in una maggiore difficoltà nell'ideare risposte adeguate all'evoluzione del contesto demografico e sociale. Sarebbe auspicabile da questo punto di vista un maggior coinvolgimento di tutti i soggetti interessati, a partire dagli enti di Terzo settore che erogano servizi (come le cooperative sociali) o che rappresentano gli interessi dei beneficiari (come le associazioni che si occupano di tutela dei diritti delle persone con disabilità). La complessità dei bisogni richiede, infatti, per essere letta nella sua interezza, uno sforzo di ricomposizione di sguardi diversi, che portano punti di vista complementari e necessari alla ricostruzione accurata delle domande a cui si cerca di dare risposta. Lo stesso si può dire della progettazione dei servizi, che potrebbe beneficiare grandemente del punto di vista sia di chi li eroga sia di chi ne fruisce. Inoltre, un approccio collaborativo alla progettazione permette di valorizzare maggiormente tutte le risorse a disposizione della comunità, in un'ottica di maggiore sinergia e integrazione.

I problemi di lettura dei bisogni e di progettazione delle risposte che derivano dall'assenza di processi partecipativi strutturati sono esacerbati dal ricorso alle gare di appalto come unica procedura di affidamento dei servizi socio-sanitari. Questo meccanismo di affidamento dei servizi, quando applicato all'ambito del welfare, ha diverse conseguenze negative. Anzitutto imposta il rapporto tra pubblica amministrazione e Terzo settore secondo una logica di committente/esecutore che esclude a priori un approccio collaborativo volto a valorizzare risorse e competenze reciproche. In secondo luogo innesca una dinamica competitiva tra soggetti del privato sociale che si traduce in un deterioramento della qualità del lavoro dentro queste organizzazioni (l'unico fattore su cui si può operare una reale riduzione dei costi) e in un impoverimento dei legami e delle relazioni comunitarie. Infine, cosa forse più grave dal punto di vista dell'integrazione socio-sanitaria, determina un'impostazione dei servizi secondo una logica estremamente parcellizzata e prestazionale. Una logica che è funzionale alla redazione di capitolati di gara sufficientemente dettagliati, ma che mal si adatta alla possibilità di costruire risposte flessibili e integrate ai bisogni delle persone. In questa prospettiva sarà importante far evolvere il modello di regolazione del welfare locale superando la logica della competizione e delle gare di appalto, che favorisce la frammentazione degli interventi ed il prevalere di un approccio prestazionale da parte degli attori coinvolti, a favore di un approccio collaborativo e di strumenti alternativi alle gare come la co-progettazione, la co-programmazione e l'accreditamento. Tale processo sarà senz'altro favorito dall'approvazione da parte dell'Assemblea legislativa della Regione Umbria della legge regionale n. 2/2023 in materia di amministrazione condivisa.

Questi tre ambiti di criticità rappresentano altrettante possibili aree di innovazione su cui concentrarsi per migliorare l'organizzazione dei servizi socio-sanitari su base territoriale nelle Zone Sociali di Terni e Narni. Puntando in via prioritaria su innovazioni non tanto di prodotto (il servizio innovativo volto a rispondere al singolo bisogno) quanto di processo, per garantire un'effettiva collaborazione tra i diversi attori coinvolti (Comuni, USL, Terzo settore, MMG) sia nello scambio di informazioni e conoscenze per la lettura dei bisogni, sia nella progettazione di

risposte sempre più integrate e vicine agli effettivi bisogni delle persone, sia – infine – nell'implementazione di quelle riforme (a partire dal DM77/22) che andranno a ridisegnare le modalità di erogazione dei servizi socio-sanitari.

In questo senso, l'esercizio di prototipizzazione del Servizio di Abilitazione Comunitaria è servito come piattaforma sperimentale per provare ad affrontare alcune delle criticità evidenziate durante la ricerca dalle persone che gestiscono e operano nei servizi socio-sanitari di assistenza domiciliare. Benché le limitazioni di tempo e risorse non abbiano consentito un pieno sviluppo di proposte in tutte le direzioni necessarie (per esempio, l'integrazione dei sistemi informativi sembra ancora difficile anche solo da immaginare), alcune direttive interessanti sono state identificate, con potenzialità reali di essere percorse. Un punto di forza, in questo senso, è stata la scelta di partire da sperimentazioni già avviate (Operatore/rice di Comunità nel territorio di Narni) e dall'esperienza maturata in quel contesto tanto da alcune cooperative sociali quanto dal personale dei servizi pubblici coinvolti. Il nuovo servizio immaginato si giova quindi di una fattibilità già validata, e su di essa sviluppa linee innovative. Senza ripetere quanto già illustrato nel capitolo 3, si richiama qui la nuova impronta data al servizio grazie all'impianto teorico-metodologico del "funzionamento atteso" proposto dalla rete FISH che, ponendo al centro un'attenzione alla persona e alle sue potenzialità e risorse, è in grado di progettare l'azione di supporto oltre la logica prestazionale. Inoltre, l'accezione "comunitaria" data al servizio sottolinea l'importanza del contesto eco-sociale nel quale la persona è inserita (ambiente, spazio e relazioni), come spazio di azione e preziosa fonte di risorse da attivare tramite un approccio di prossimità. Infine, il processo di prototipizzazione del servizio si è configurato come un esercizio di co-programmazione e co-progettazione, istituti di amministrazione condivisa che si auspica possano divenire sempre più la norma nell'ambito dei servizi alla persona. Riunendo intorno al tavolo gli enti pubblici coinvolti, le cooperative sociali, le rappresentanze delle persone beneficiarie, e favorendo la costruzione di uno sguardo informato sul contesto territoriale, tale processo rappresenta già la costruzione di un valore comune (in termini di visione, relazioni, impegni) in grado di innestare nel servizio quei principi di integrazione, prossimità e partecipazione che sono cardini di un efficace sistema territoriale volto promuovere salute ed equità.

Bibliografia

- Ascoli, U. (2020). Welfare e Terzo settore. *Parolechiave*, n. 2, pp. 179-193.
- Bernardoni, A. (2020). Un New Deal fondato su collaborazione e territorio. *Impresa Sociale*, 18, maggio.
- Bernardoni, A., & Picciotti, A. (2019) I big players del settore socio-assistenziale: trasformazioni in corso. *Impresa Sociale*, n. 3.
- Betti, L., Bodini, C., Galera, G., & Pisani, G. (2022). Prossimità e salute: un quadro introduttivo. *Euricse Working Paper*, 119(22), Trento, Euricse.
- Bifulco, L. (2016). Citizenship and Governance at a Time of Territorialization: The Italian Local Welfare between Innovation and Fragmentation. *European Urban and Regional Studies*, n. 23(4), pp. 628-644.
- Bonaldi, A., Celotto, S., Lauriola, P., & Mereu, A. (a cura di) (2021). Salute per tutti: miti, speranze e certezze della Primary Health Care. Perugia, Cultura e Salute Editore.
- Borzaga, C. (2018). Fin dove si può spingere la concorrenza senza causare danni invece che vantaggi? *Welfare Oggi*, n. 2, marzo/aprile.
- Borzaga, C. (2020a). La rilevanza economica del Terzo settore: l'impatto della riforma *Euricse Working Paper*, 112/20, Trento, Euricse.
- Borzaga, C. (2020b). I fondamenti economici della sentenza della Corte, in S. Pellizzari, C. Borzaga (a cura di). *Terzo settore e pubblica amministrazione. La svolta della Corte costituzionale*, instant book Euricse, pp. 21-26.
- Borzaga, C. (2021). A trent'anni dalla 381. *Impresa Sociale*, n. 4.
- Borzaga, C., & Ianes, A. (2021). La cooperazione sociale e il volontariato organizzato. Un tornante della storia. *Impresa Sociale*, n. 4.
- Borzaga, C., & Lepri, S. (1987). Nuove forme di cooperazione: l'esperienza delle cooperative di solidarietà sociale. *Rivista della Cooperazione*, n. 30.
- Brenner, N. (2009). Open Questions on State Rescaling. *Cambridge Journal of Regions, Economy and Society*, n. 2(1), pp. 123-139.
- Calabrese, G.G., & Falavigna, G. (2021). Le cooperative sociali prima e durante il Covid-19. Un'analisi economico-finanziaria tramite benchmarking. *Impresa Sociale*, n. 3.
- Campagna PHC (2021). Il libro azzurro per la riforma delle cure primarie in Italia. Disponibile online (scaricato 14.01.2022) https://2018phc.files.wordpress.com/2021/09/libroazzurro_1v.pdf.
- Cotturri, G. (2020). Cittadinanza attiva e volontariato partecipativo, in R. Frisanco (a cura di). *La solidarietà è reato? Le nuove profezie del Volontariato*, Roma, Associazione Luciano Tavazza.
- Decarolis, F. (2014). Awarding Price, Contract Performance, and Bids Screening: Evidence from Procurement Auctions. *American Economic Journal: Applied Economics*, n. 1, pp.108-132.
- Di Nicola, P., & Pavesi, N. (2012). L'integrazione delle politiche con particolare riguardo all'integrazione socio-sanitaria, in G. Bertin (a cura di). *Welfare regionale in Italia*, Venezia, Edizioni Ca' Foscari, pp.209-266.
- Donati, P. (a cura di) (1986). *Salute e complessità sociale*, Milano, Franco Angeli.
- Euricse (2015). Economia cooperativa. Rilevanza, evoluzione e nuove frontiere della cooperazione italiana - Terzo Rapporto. A cura di Carlo Borzaga, Trento, Euricse.

- Euricse (2022). Tra sanità e assistenza: una filiera da ricomporre. Evoluzione e ruolo del Terzo settore in Italia. *Euricse Research Report*, 24|2022. Autore: Eddi Fontanari, Trento, Euricse.
- Euricse (2023). Il nuovo welfare collaborativo in Italia: co-programmazione e co-progettazione come strumenti di innovazione del welfare locale. *Euricse Research Report*, 25|2023. Autore: Luca Fazzi. Trento, Euricse.
- Farris, R.S., & Marchetti, S. (2017). From the Commodification to the Corporatization of Care: European Perspectives and Debates. *Social Politics*, n. 2, pp. 109-131.
- Fazzi, L. (2014). Pubblica amministrazione, governance e Terzo settore: i dilemmi del nuovo welfare in Italia. *Rivista trimestrale di Scienze dell'Amministrazione*, n. 1, pp.5-22.
- Fazzi, L. (2021). Co-progettare e co-programmare: i vecchi dilemmi di una nuova stagione del welfare locale. *Impresa Sociale*, n. 3.
- Folgheraiter, F. (2009). Integrazione socio-sanitaria. *Lavoro Sociale*, n. 3, pp.435-448.
- Galera, G. (2020). Verso un sistema sanitario di comunità. Il contributo del Terzo settore. *Impresa Sociale*, n. 2.
- Giorgi, C., & Pavan, I. (2021). *Storia dello Stato sociale in Italia*, Bologna, Il Mulino.
- Ianes, A. (2009). La cooperazione sociale come storia di impresa. *Imprese e Storia*, n. 37/1.
- Ianes, A., & Borzaga, C. (2006). L'economia della solidarietà, storie e prospettive della cooperazione sociale, Roma, Donzelli Editore.
- Istat/Euricse (2021). *L'Economia Sociale in Italia. Dimensioni, caratteristiche e settori chiave*. Rapporto a cura di Carlo Borzaga, Manlio Calzaroni, Eddi Fontanari, Massimo Lori.
- Marocchi, G. (2017). La prossimità farà evolvere il nostro welfare? *Welfare Oggi*, n. 5, pp. 7-12.
- Meroni, A., Selloni, D., & Rossi, M. (2018). *Massive Codesign. A Proposal for a Collaborative Design Framework*, Milano, Franco Angeli. Disponibile online su: <https://series.francoangeli.it/index.php/oa/catalog/view/303/106/1409>.
- Moschetti, M. (2016). Sussidiarietà, nuovo welfare e coprogettazione, in M. Brunod, M. Moschetti, E. Pizzardi (a cura di), *La co-progettazione sociale*, Trento, Erickson, pp. 47-77.
- Pastori, G. (2002). Sussidiarietà e diritto alla salute. *Diritto Pubblico*, n. 1, pp. 85-97.
- Pavolini, E., & Ranci, C. (2008). Restructuring the Welfare State: Reforms in Long-term Care in Western European Countries. *Journal of European Social Policy*, n. 3, pp. 246-259.
- Pisani, G. (2019). *Welfare e trasformazioni del lavoro*, Roma, Ediesse.
- PNRR - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (2021). <https://www.mef.gov.it/focus/Il-Piano-Nazionale-di-Ripresa-e-Resilienza-PNRR/>.
- Ranci Ortigiosa, E. (2004). Il rapporto tra servizi sociali e servizi sanitari dopo la legge 328/2000. *Tendenze Nuove*, n. 6, pp. 533-542.
- Rossi, P., & Colombo, M. (2019) Non sarà un'avventura? L'innovazione delle partnership pubblico-privato e la co-progettazione dei servizi di welfare sociale. *Stato e Mercato*, n. 3, pp. 411-447.
- Sparano, F. (2021). Dieci anni di definanziamento della sanità pubblica. Dato per dato. *Altreconomia* 1° settembre, disponibile online (scaricato il 14.01.2022) <https://altreconomia.it/dieci-anni-di-definanziamento-della-sanita-pubblica-dato-per-dato>.
- Turchini, A. (a cura di) (2019). Terzo settore e servizi di welfare. *Inapp Report*, Roma.

- Vitale, T. (2013). Governare il welfare locale attraverso la programmazione in una fase di austerità, in E. Polizzi, C. Tajani, T. Vitale (a cura di). *Programmare i territori del welfare*, Roma, Carocci, pp. 17-52.
- WHO (1978). Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, URSS, 6-12 settembre, Geneva, WHO (Health for All Series n. 1).
- WHO (2008). The World Health Report 2008: Primary Health Care: Now More than Ever, Geneva, WHO.
- WHO (2018a). Declaration of Astana, Global Conference on Primary Health Care, Astana, Kazakhstan 25-26 October, WHO and UNICEF.
- WHO (2018b). *Building the Economic Case for Primary Health Care: A Scoping Review*, Geneva, WHO.

Appendice - Scheda del Servizio

TITOLO: SERVIZIO ABILITAZIONE COMUNITARIA (SAC)

Offerta principale Obiettivo principale	<p>Il servizio SAC ha come obiettivo principale il "Funzionamento Atteso" della Persona attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'analisi, la ricerca e la progettazione individualizzata, comprendendo e utilizzando le capacità, le risorse, i bisogni e le aspettative della persona e della comunità - l'attivazione delle Risorse della Persona e della Comunità - l'ottimizzazione dei servizi alla domiciliarità per l'inclusione sociale
Offerta secondaria Obiettivo secondario	Obiettivo secondario del servizio è lo sviluppo e l'attivazione della comunità, creando nuove relazioni o rafforzando le relazioni esistenti all'interno della comunità tra tutti i soggetti che contribuiscono al miglioramento delle condizioni di salute e all'inclusione sociale.
Target / Clienti / Utenti A chi si rivolge	<ul style="list-style-type: none"> - Persone anziane con più di 65 anni e persone adulte con disabilità, residenti nelle Zone Sociali 10 e 11 e in condizione di fragilità sanitaria, economica e/o sociale - I servizi territoriali, quali beneficiari indiretti - Le Comunità dei territori coinvolti
Attività Chiave del Servizio Elenco Attività / prestazioni principali	<ul style="list-style-type: none"> - Analisi del potenziale delle capacità/ risorse - bisogni / aspettative della persona - Ricognizione delle risorse disponibili e attivabili all'interno della comunità di riferimento - Definizione delle strategie e metodologie per l'attivazione delle risorse della persona e della comunità, in relazione all'intervento sulla persona stessa - Progettazione e realizzazione interventi personalizzati per la domiciliarità e per l'inclusione sociale, anche sulla scorta dei piani individualizzati esistenti - Riprogettazione continua sia al livello della singola persona, che comunitaria - Riunioni (équipe/staff interne, Servizi ASL, Ufficio Cittadinanza)
Elenco Attività / prestazioni secondarie	<ul style="list-style-type: none"> - Analisi del potenziale delle capacità/ risorse - bisogni della comunità - Definizione, manutenzione e implementazione della mappa degli stakeholder - Attivazione e animazione comunitaria - Piano della comunità
Staff Interno	<p>Lo staff (le funzioni) è composto di 4 figure chiave:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Responsabile Servizio – Coordinatore 2. Operatore di Comunità 1 (?) con profilo di OSS principalmente impegnato per i servizi domiciliari 3. Operatore di Comunità 2 (?) con profilo Educatore – Animatore principalmente impegnato negli interventi di inclusione sociale per la persona e di attivazione e coinvolgimento della comunità 4. Centralino e Banca Dati
Rapporto con i servizi territoriali	<p>Prima, durante e dopo sono previste riunioni con ASL e Ufficio di Cittadinanza nelle seguenti tappe del servizio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - segnalazione - analisi e presa in carico - sviluppo piano individuale (e della comunità) - monitoraggio Piano Individuale - riallineamento del piano con i risultati del monitoraggio - azioni di follow up
Servizi Comune Zona Sociale ASL	Il processo di interazione è differente se il servizio è "appaltato/affidato" dal pubblico (che ne è titolare) o è un servizio "privato" della coop (che ne è il titolare). La differenza principale è su chi attiva i processi, in particolare quelli di back stage (riunioni, analisi, piani individuali e di comunità, ecc.), ma le attività e le tappe rimangono le stesse.
Canali	Non definito ancora nel dettaglio

Accesso	<p>OC - SAC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Al tempo T0 esiste una lista pregressa presso l'ufficio di cittadinanza - Nuove richieste per l'attivazione del servizio possono essere effettuate dal diretto interessato o dai familiari o da medico curante (medico di medicina generale), amici o vicini - Le richieste possono essere fatte all'ufficio di cittadinanza o direttamente alla cooperativa, nel caso di rapporto privato o convenzionato - Le assistenti sociali, l'operatore di comunità (o l'operatore di backstage) accolgono la richiesta - Le assistenti sociali impiegate nell'Ufficio della cittadinanza accolgono tale richiesta e dopo aver effettuato una o più visite domiciliari, insieme con l'operatore di comunità, e aver parlato con il diretto interessato e/o i suoi familiari valutano il bisogno a livello quantitativo e qualitativo (tipologia di interventi) - Le assistenti sociali e l'operatore di comunità elaborano un progetto personalizzato che prevede l'attivazione del servizio, una prima definizione dell'obiettivo e l'articolazione delle ore settimanali da svolgersi in uno o più ingressi - Condivisione del piano individuale con l'utente/famiglia e formalizzazione (firma) dello stesso
Partner Chiave	Non definite nel dettaglio
Risorse Chiave	Non definite nel dettaglio
Struttura Costi	<p>Il servizio è attivo per 52 settimane.</p> <p>Lo staff "ideale", con un potenziale di n. 12/16 beneficiari in carico per una media di 9/12 ore di intervento settimanale per beneficiario, è composto da:</p> <ul style="list-style-type: none"> - n. 3 Operatori di comunità 1 (?) profilo OSS ognuno per 36 ore a settimana - n. 3 Operatori di comunità 2 (?) profilo Educatore/Animatore ognuno per 14 ore a settimana - Operatori Front Office (Centralino e la banca dati) per giorni 6 su 7 h. 9-18 (costo in buona parte ammortizzato dai costi di struttura già sostenuti) - Il Responsabile Coordinatore per 8 ore a settimana + reperibilità - Partners Chiave (fornitori di servizi) con budget forfettario - N. 1 sistema informativo e (in prospettiva) attivazione piattaforma web incrocio domanda offerta (design, sviluppo e implementazione) € 25.000 (da ammortizzare in 5 anni = costo annuo 5.000) - 2/3 autoveicoli € 500 (350 leasing + 150 carburante) mensili per autoveicolo
Struttura Ricavi	<p>Privato - Pubblico - Mix</p> <p>Pubblico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Appalto – Co-progettazione - UE / IT (es. FSE – Nazionale e Regionali) - PNRR <p>Privato</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pagamento diretto / indiretto (es. assicurazioni) - Fondazioni (es. con I Bambini) - Crowdfunding – Donazioni (Fund raising mirato)

Azioni di Sistema**Formazione per:**

- lo staff della cooperativa
- lo staff dei servizi pubblici (Comuni e Usl)
- gli stakeholders chiave
- i partner chiave

La formazione sarà in parte dedicata per gli specifici staff e in parte con partecipazione "integrata" degli operatori delle Cooperative e dei Servizi Pubblici, e ove opportuno anche degli stakeholders chiave e i partners Chiave.

In particolare gli operatori della cooperativa, specialmente gli OSS, devono essere formati nella componente/competenza:

- A. Osservazione e Analisi
 - B. Reportistica in riunione
 - C. Attivazione Reti e Stakeholders
 - D. Piani individuali
 - E. Piani per la Comunità
-