

## DELIVERABLE 2

**Summary report of the critical issues  
identified in the interactions between  
the services of the concerned areas**

**(WP 1 – Task 1.1, 1.2 e 1.3)**

*This report is the outcome of the action-research process conducted by IRS – within the WP1 phase of the Reticulate Project – with the aim of:*

- a) Analysing the level of integration among different services and actors involved in fighting poverty and supporting vulnerability in four different study contexts (Società della Salute Pistoiese; Zona-distretto della Piana di Lucca; Zona-distretto Livornese; Società della Salute Amiata Grossetana, Colline Metallifere, Grossetana);*
- b) Identifying development strategies for improving services' integration within the same four contexts.*

*The report is divided in four chapters:*

- 1. Reconstruction of the institutional/regulatory framework;*
- 2. **Synthesis of cross-sectional analysis of the level of integration in the four study contexts;***
- 3. **Synthesis of definition of the main requirements of a new model of integration;***
- 4. Four case studies of the social-health contexts*

*The second and third chapter represent the heart of the research project and, as such, they have been translated in English.*

## **A) Ricostruzione della cornice istituzionale/regolativa di riferimento**

### **1. La cornice di *policy***

La pandemia da Covid-19, oltre alla drammatica crisi sanitaria a cui abbiamo assistito, sta generando (e continuerà a farlo nei prossimi anni) significativi contraccolpi sull'economia, l'occupazione e l'intera società, attraverso un preoccupante aumento della povertà e un repentino acuirsi dei bisogni e delle disuguaglianze delle famiglie. Come dimostrano i più recenti dati e studi sul tema, tale tendenza nel nostro Paese è evidente sia a livello nazionale che regionale e territoriale.

#### **1.1 La povertà in Italia e in Toscana**

Secondo le [ultime stime dell'ISTAT](#), la povertà assoluta in Italia si è impennata in maniera significativa in seguito alla pandemia, toccando – per il secondo anno di fila – i livelli più alti mai raggiunti negli ultimi 15 anni<sup>1</sup>. Nonostante la ripresa economica, sarebbero infatti complessivamente **oltre 5,6 milioni i poveri assoluti nel 2021**, ben un milione in più rispetto all'epoca pre-Covid-19, passando da un'incidenza sulla popolazione dal 7,7% (nel 2019) al 9,4%. L'aumento della povertà assoluta si registra anche in termini familiari, con quasi 2 milioni di nuclei in tali condizioni, che passano da un'incidenza del 6,4% (nel 2019) al 7,5%. Benché dal 2020 al 2021 si registri una sostanziale e generalizzata stabilità della povertà nel nostro Paese, risultano preoccupanti e in peggioramento soprattutto le condizioni delle famiglie giovani e numerose, con figli minori, delle famiglie straniere e in affitto, specie se residenti nel Mezzogiorno.

Secondo il [Rapporto Caritas su povertà ed esclusione sociale in Italia 2021](#), non solo la pandemia avrebbe provocato l'aumento della povertà in termini assoluti, ma avrebbe anche fatto crescere il numero di **nuovi poveri**, pari al 44% dei quasi 2 milioni di persone che nel 2020 si sono rivolte alla rete Caritas. Si tratta di persone e famiglie fino a pochi mesi fa al riparo da situazioni di deprivazione, che con l'avvento della pandemia sono scivolte nel circuito della povertà: soprattutto *working poor*, giovani NEET, donne e famiglie monoreddito con figli minori. I dati mettono inoltre in evidenza l'aumento della quota di *poveri cronici*, ossia di coloro che sono in tali condizioni da lungo tempo (dal 25,6% del 2019 al 27,7% del 2020) e la persistenza di una larga fetta di *poveri intermittenti* (pari al 19,2%), ossia coloro che oscillano tra il “dentro-fuori” la condizione di bisogno e che appaiono in balia di eventi economici-occupazionali (perdita del lavoro, precariato) e/o familiari (separazioni, divorzi, isolamento relazionale). Sarebbero poi in totale 6 milioni le famiglie italiane in varia graduazione di sofferenza economica provocata dalla pandemia: da quelle pressate da uno stato di insolvenza finanziaria o creditizia fino a quelle via via più esposte al rischio di usura<sup>2</sup>.

Tale quadro è confermato anche dall'ultimo [Rapporto Caritas su povertà ed esclusione sociale in Italia 2022](#), che evidenzia come nel 2021 lo stato di impoverimento generale causato dalla pandemia, invece di rientrare, si sia ulteriormente consolidato. Tra il 2020 e il 2021, non solo si registra un aumento del 7,7% del numero di persone che si sono rivolte alla rete Caritas, ma anche l'evidente multidimensionalità della povertà. Il 54,5% manifesta infatti due o più ambiti di vulnerabilità: il bisogno più frequente è legato a situazioni di povertà economica (80,1%), seguito da problemi lavorativi (48,1%) e abitativi (20,9%). Non si tratta sempre di nuovi poveri, ma anche di persone che oscillano tra il dentro e fuori dallo stato di bisogno, o di persone con una lunga storia assistenziale. Gli ultimi dati mettono inoltre in luce come i giovani siano gli “anelli deboli”, colpiti da molte forme di povertà: dalla quella ereditaria, che si trasmette “di padre in figlio” per cui occorrono

<sup>1</sup> Sul tema si veda: Gnan E., [Povertà ai massimi storici, per il secondo anno di fila](#), pubblicato su *welforum.it* il 30 giugno 2022.

<sup>2</sup> Per approfondimenti si veda: Gualzetti L., [L'usura ai tempi del Covid \(e cosa ci giochiamo davvero\)](#), pubblicato su *welforum.it* il 23 dicembre 2021.

almeno cinque generazioni a una persona che nasce in una famiglia povera per raggiungere un livello medio di reddito, alla quella educativa. Quasi 6 assistiti Caritas su 10 sono infatti poveri intergenerazionali, dato che nelle Isole e nel Centro risulta ancora più marcato, pari rispettivamente al 65,9% e al 64,4%. Il Nord-Est e il Sud risultano invece le macro-aree con la più alta incidenza di poveri di prima generazione.

È inoltre noto come la crisi da Covid-19 non abbia colpito come una livella, ma abbia messo più duramente alla prova alcuni target di popolazione rispetto ad altri<sup>3</sup>. Accanto ai lavoratori (specie se precari, con basse qualifiche e impiegati in settori con un più difficile ricorso allo *smart working*), ai giovani e alle donne – e in aggiunta alle categorie già fragili e a rischio quali anziani, disabili, stranieri e senza dimora – particolarmente preoccupante risulta la situazione dei minori, sia in termini di incremento della povertà che di inasprimento delle disuguaglianze. Secondo l'ISTAT, nel 2021 sarebbero **1 milione e 382 mila i bambini e ragazzi in povertà assoluta**, oltre 200 mila in più rispetto al 2019, passando da un'incidenza dell'11,4% al 14,2%, con picchi del 16,1% nel Mezzogiorno. All'aumento della povertà economica si aggiunge poi l'incremento della povertà educativa e del divario riguardo alle opportunità di accesso all'istruzione, ulteriormente accresciuto dall'introduzione della didattica a distanza per il contenimento del contagio.

Tendenze simili a quelle nazionali si riscontrano anche in Regione Toscana, come mette in evidenza il [V Rapporto sulla povertà e l'inclusione sociale](#), presentato il 10 febbraio 2022, frutto della collaborazione tra Osservatorio Sociale Regionale, ANCI Toscana, IRPET, Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza, Università di Siena e Caritas Toscana. L'indagine condotta dall'IRPET nel 2021 sugli aspetti economici e sociali delle famiglie toscane durante la pandemia, mette in luce come l'1% della popolazione intervistata si auto-percepisca in una condizione di estrema povertà, mentre **il 13% definisca la propria condizione economica come povera**. L'8% dei nuclei dichiara poi di avere grandi difficoltà ad arrivare a fine mese e il 12% di essere in difficoltà. Le famiglie che si auto-definiscono in condizioni di povertà sono presenti in misura maggiore rispetto alla media regionale nelle province del Nord (Massa Carrara, Lucca e Pistoia) e in alcune province della costa (Pisa e Grosseto). I nuclei che si dichiarano in difficoltà ad arrivare a fine mese sono soprattutto unipersonali o numerosi. Il **9% delle famiglie** dichiara poi di essere in **una situazione economica molto peggiorata** rispetto al 2019, con picchi nella provincia di Massa Carrara, Lucca e Firenze.

Seppur elementi di auto-percezione, i dati sopra esposti risultano significativi nella lettura degli effetti che la pandemia sta generando sulle condizioni di vulnerabilità delle famiglie toscane e sulla loro esposizione al rischio di cadere in povertà. In tal senso, alla deprivazione economica, si somma un altro fenomeno particolarmente rilevante in Toscana: quello della povertà alimentare. Lo strumento regionale di misurazione della diffusione della povertà alimentare è costituito dalla banca dati Mirod – Messa in rete degli Osservatori sulle Povertà, che raccoglie i dati relativi ai cittadini che usufruiscono dei servizi di aiuto alimentare erogati dalla Caritas. Il confronto fra il 2019 e il 2021 mette in luce come gli interventi di aiuto alimentare alle *nuove povertà* siano aumentati del 13,3%. L'impatto della pandemia sulla povertà alimentare sembra aver avuto effetti più gravi sui nuclei familiari numerosi e con figli, ma anche sugli occupati che, pur avendo conservato il lavoro durante la pandemia, hanno visto diminuire in modo significativo il proprio reddito. In generale, gli interventi complessivi di aiuto alimentare nel periodo considerato sono aumentati del 53,3%.

## 1.2 Le politiche nazionali di contrasto alla povertà

È da oltre un ventennio che in Italia si parla dell'introduzione di uno schema di reddito minimo, alternando fasi sperimentali più o meno riuscite ad interventi regionali attuati per colmare l'assenza di una misura nazionale. Dopo la sperimentazione nel 2012 della *Social Card* in 12 città italiane, con la Legge di stabilità

<sup>3</sup> Sul tema si veda: Mesini D., Marocchi G., Gnan E., *L'impatto della pandemia sulle disuguaglianze*, in [XXVI Rapporto sulle Fondazioni di origine bancaria – anno 2020](#), ACRI, Roma, 2021; Mesini D., [Pandemia e disuguaglianze, \(ri\)faciamo il punto](#), pubblicato su [welforum.it](#) il 28 gennaio 2022.

2016 e il successivo DDL delega, nella previsione di un riordino complessivo dei trasferimenti monetari sottoposti alla prova dei mezzi, viene introdotto nel settembre 2016 il **Sostegno all’Inclusione Attiva (SIA)**, quale misura nazionale di contrasto alla povertà ancora di natura categoriale. Il SIA – e in particolare la sua seconda fase che, a partire dall’aprile 2017, ne allenta i requisiti di accesso ampliando la platea dei beneficiari – ha rappresentato la “misura ponte” che ha aperto la strada al **Reddito di Inclusione (REI)**, introdotto con Decreto legislativo n. 147 del 15 settembre 2017. Il REI, divenuto operativo nel dicembre 2017, costituisce la prima misura strutturale di contrasto alla povertà nel nostro Paese, che abbina un’integrazione economica a un progetto di attivazione. Il REI ha consentito inoltre di avviare l’impostazione di una strategia di sviluppo dei sistemi di welfare territoriale in linea con lo spirito della Legge 328/2000: da un lato, i servizi e le professioni sociali sono diventati livelli essenziali da garantire e da presidiare su tutto il territorio nazionale e, dall’altro, per la prima volta sono state destinate apposite risorse, nazionali e comunitarie, al rafforzamento dei servizi territoriali destinati ad attuare la politica. In particolare, in seguito all’introduzione del REI, in sede di Conferenza Unificata del 18 maggio 2018, viene adottato il primo *Piano nazionale di contrasto alla povertà*, quale strumento programmatico per l’utilizzo della quota del Fondo povertà destinata al rafforzamento degli interventi e dei servizi territoriali rivolti ai beneficiari REI.

Dopo poco più di un anno dal suo avvio, il REI cede il passo al **Reddito di Cittadinanza (RdC)**, introdotto con [Decreto Legge n. 4 del 28 gennaio 2019](#) e convertito dalla [Legge n. 26 del 28 marzo 2019](#), definito quale misura “fondamentale di politica attiva del lavoro a garanzia del diritto al lavoro, di contrasto alla povertà, alla disuguaglianza e all’esclusione sociale, nonché diretta a favorire il diritto all’informazione, all’istruzione, alla formazione e alla cultura attraverso politiche volte al sostegno economico e all’inserimento sociale dei soggetti a rischio di emarginazione nella società e nel mondo del lavoro”. Il RdC assume la denominazione di Pensione di Cittadinanza (PdC) se si rivolge a nuclei di persone anziane composti esclusivamente da uno o più componenti di età maggiore o uguale ai 67 anni oppure composti da uno o più anziani ultra 67enni e da una o più persone in condizione di disabilità grave o non autosufficienza, come definite dal DPCM 159/2013.

Il RdC diviene livello essenziale delle prestazioni e risulta condizionato al rispetto di requisiti di cittadinanza, residenza e soggiorno, alla valutazione della condizione economica del nucleo familiare e all’adesione dei componenti ad un percorso personalizzato di attivazione. Esso di impernia sul principio dell’inclusione attiva e persegue l’integrazione tra il sostegno economico e l’adesione ad un progetto personalizzato di inclusione, definito secondo un approccio multidisciplinare, al fine di sostenere il percorso dei beneficiari con interventi personalizzati volti ad agire sui loro bisogni specifici. La misura si compone infatti di due parti:

- l’assegnazione di un contributo monetario, erogato mensilmente attraverso una carta di pagamento elettronica, che varia in base al numero di componenti il nucleo familiare e alle risorse economiche già possedute dallo stesso;
- l’adesione del beneficiario e dei componenti maggiorenni del nucleo familiare al percorso di accompagnamento all’inserimento lavorativo (*Patto per il lavoro*, predisposto dai Centri per l’Impiego o dai soggetti accreditati) o al percorso di inclusione sociale (*Patto per l’Inclusione Sociale – PaIS*, predisposto, previa valutazione multidimensionale del bisogno, dai servizi sociali dei Comuni).

Rientrano nel percorso di inserimento lavorativo i componenti maggiorenni che hanno già attivo un Patto di Servizio sottoscritto con i Centri per l’Impiego, gli assenti dal mercato del lavoro da più di 2 anni e i beneficiari della Naspi o di altro ammortizzatore per disoccupazione involontaria. Sono invece convocati dai servizi sociali dei Comuni per la sottoscrizione del PaIS i nuclei familiari per i quali era già stato presentato un Progetto personalizzato ai fini REI, in cui tutti i componenti tenuti agli obblighi risultano assenti dal mercato del lavoro da più di 2 anni, nonché privi di ammortizzatori sociali e di accompagnamento da parte dei servizi per il lavoro. I beneficiari del RdC sono inoltre tenuti ad offrire la propria disponibilità per la partecipazione ai **Progetti Utili alla Collettività (PUC)** in ambito sociale, culturale, artistico, ambientale, formativo e di tutela dei beni comuni, a titolarità del Comune di residenza. Attivati a partire dal luglio 2020 in seguito al blocco

causato dal lockdown per l'emergenza Covid-19, tali progetti rappresentano un'occasione di responsabilizzazione, partecipazione attiva e (re)inserimento dei beneficiari nel tessuto sociale.

È indubbio il ruolo che il RdC ha avuto durante la pandemia nel contenimento dell'aumento della povertà, e in particolare della sua intensità, che nel 2020 registra una riduzione dell'1,6%, passando da 20,3% del 2019 al 18,7%. Secondo l'ISTAT, oltre che di una riduzione della spesa media per consumi delle famiglie e della conseguente riduzione delle soglie di povertà, tale dinamica è frutto delle misure messe in campo dal Governo a sostegno del reddito dei cittadini, che hanno consentito a quei nuclei in difficoltà economica di mantenere una spesa per consumi non molto distante dalla soglia di povertà. In Toscana si stima che quasi 1 milione di persone abbia ricevuto un qualche tipo di intervento di sostegno al reddito e che la povertà assoluta delle famiglie sia aumentata solo dello 0,1%, passando dal 3,2% nel 2019 al 3,3% nel 2020: nello stesso periodo il RdC avrebbe inoltre ridotto la povertà dell'1% e l'intensità della povertà del 29%.

### 1.3 Ulteriori indirizzi programmatici

Il 28 luglio 2021, la Rete della protezione e dell'inclusione sociale, presieduta dal ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, ha approvato il nuovo [Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali](#), contenente il *Piano sociale nazionale 2021-2023* e il **Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2021-2023**. Quest'ultimo, di natura triennale, rappresenta lo strumento programmatico previsto dal D. Lgs 147/2017 per l'utilizzo delle risorse del Fondo povertà e persegue l'obiettivo di individuare, attraverso specifiche priorità di finanziamento, lo sviluppo degli interventi e l'articolazione delle risorse. La finalità prima del Fondo è il finanziamento degli interventi e dei servizi sociali di contrasto alla povertà attivati in favore dei beneficiari di RdC nell'ambito della definizione del PaIS e dell'attuazione dei sostegni in esso previsti, che costituiscono livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) ai sensi dell'art. 4, comma 14 del DL 4/2019.

Di seguito una sintesi delle priorità previste dal Piano povertà per il prossimo triennio:

**1. Potenziamento del servizio sociale professionale:** in continuità con il Piano povertà precedente, viene sancito il LEPS di 1 assistente sociale ogni 5.000 abitanti e un ulteriore obiettivo di servizio definito nel rapporto di 1 assistente sociale ogni 4.000 abitanti. Viene inoltre prevista l'erogazione di contributi economici agli Ambiti territoriali in relazione al numero di assistenti sociali impiegati in proporzione alla popolazione residente.

**2. Rafforzamento dei servizi per l'attuazione del RdC:**

- *servizio sociale professionale e segretariato sociale* rimangono LEPS, in continuità con il Piano povertà precedente;
- *valutazione multidimensionale, progetto personalizzato e attivazione dei sostegni* previsti dal D. Lgs 147/2017 rimangono LEPS. Viene sottolineata l'attenzione a prevedere percorsi di sostegno alla genitorialità se presente nel nucleo un minore nei primi mille giorni di vita e l'importanza di attivazione delle equipe multidisciplinari nel caso di bisogni complessi;
- *pronto intervento sociale* diviene LEPS da garantire in ogni Ambito territoriale, h 24, 7 giorni su 7, con particolare attenzione a chi si trova in condizioni di grave povertà, abbandono e marginalità estrema.

**3. Servizi per la povertà e marginalità estrema:**

- *residenza*, ossia l'implementazione in ogni Comune di servizi di supporto ed accompagnamento all'iscrizione anagrafica alle persone che lo eleggono a proprio domicilio;
- *Centri servizi territoriali per il contrasto alla povertà*, e in particolare l'apertura in 250 Ambiti territoriali di almeno un Centro dedicato alla presa in carico di persone in condizione di grave marginalità e deprivazione materiale;

- *Housing first*, attraverso l'attivazione di 250 nuove progettualità;
- *interventi di sostegno materiale*.

4. Sostegno ai *care leavers*, e quindi ai neomaggiorenni che vivono fuori dalla famiglia di origine in seguito ad un provvedimento dell'autorità giudiziaria, a cui sono destinate risorse al fine di realizzare interventi volti a prevenire le condizioni di povertà e permettere di completare il percorso di crescita verso l'autonomia.

#### ***I Centri servizi territoriali per il contrasto alla povertà***

Il Piano povertà definisce le persone in condizioni di marginalità e grave deprivazione materiale quale target prioritario di intervento, al fine di favorirne l'accesso integrato alla rete dei servizi. Attraverso una specifica linea di finanziamento del PNRR<sup>4</sup>, il Piano prevede il rafforzamento dei sistemi territoriali di presa in carico integrata delle persone e famiglie in condizione di povertà estrema o senza dimora, mediante la realizzazione di *Centri servizi territoriali per il contrasto alla povertà*. Si tratta di luoghi che offrono attività di presidio sociale e sanitario, segretariato, orientamento e accompagnamento di persone in condizione di deprivazione materiale e, al tempo stesso, alcuni servizi essenziali a bassa soglia (servizi di ristorazione, distribuzione di beni essenziali, servizi per l'igiene personale, biblioteca, limitata accoglienza notturna, mediazione culturale, *counselling*, orientamento al lavoro, consulenza amministrativa e legale, banca del tempo). Il Piano stabilisce inoltre che all'interno del Centro servizi debba essere collocato il servizio di accompagnamento per la residenza virtuale e il fermo posta, e che debbano essere garantite, attraverso una presa in carico multiprofessionale (con competenze educative, sociali, sanitarie, legali, psicologiche, transculturali), consulenze specialistiche, accesso all'assistenza sociosanitaria e una risposta ai bisogni primari. L'obiettivo generale è quello di garantire alle persone in condizioni di vulnerabilità un servizio di facile accessibilità e un percorso partecipato di accompagnamento funzionale al loro stato di salute, economico, familiare e lavorativo. Nella definizione delle caratteristiche dei Centri servizi territoriali, viene sottolineata l'importanza della promozione del lavoro in rete con tutti i soggetti pubblici e del privato sociale. In tal senso, il Centro ricopre un ruolo di regia, coordinamento e monitoraggio su tutta la rete dei servizi che si occupano, a vario titolo, del contrasto al fenomeno della grave emarginazione adulta, quali i servizi di strada, la rete dei Centri diurni, le strutture di accoglienza notturna, i servizi abitativi e di distribuzione dei beni materiali. Il Piano prevede che all'interno dei Centri vengano coinvolte anche le organizzazioni di Terzo settore, e in particolare il mondo del volontariato territoriale.

Target di utenza: persone e famiglie in condizione di povertà estrema, marginalità estrema e senza dimora, o a rischio di diventarlo nel prossimo futuro.

#### Principali attività:

- Front office: ascolto, filtro, accoglienza;
- Sportello di *assessment* e orientamento: valutazione dei bisogni/risorse della persona al fine di definire le attività di accompagnamento attraverso un percorso multidimensionale;
- Presa in carico e case management/indirizzamento al servizio sociale professionale o ai servizi specialistici
- Consulenza amministrativa e legale;
- Presidio sanitario: attività di screening sociosanitario, consulenza ed invio ai servizi sanitari, accesso facilitato alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie (in integrazione con le aziende sanitarie competenti);
- Servizi rivolti alla collettività: orientamento al lavoro, biblioteche, centri famiglia, ambulatori.

Livelli di servizio: realizzazione di almeno un Centro servizi in 250 Ambiti territoriali e di almeno un Centro servizi in ogni Ambito in cui sia presente almeno un Comune sopra i 75 mila abitanti.

Risorse: sono dedicati 270 milioni di euro dal PNRR nell'orizzonte temporale 2021-2026, per una spesa unitaria a progetto di circa 1,1 milioni, che comprende l'investimento iniziale e gli oneri di gestione fino a tre anni. Dopo il primo triennio, i costi di gestione verranno finanziati dal Fondo povertà con il Programma operativo complementare (POC) al PON Inclusion e con il nuovo PON Inclusion.

Il Fondo povertà costituisce solo una delle fonti di finanziamento degli interventi di lotta alla povertà sul territorio, a cui concorrono anche le risorse del PON Inclusion 2014-2020, del FEAD, del nuovo PON Inclusion 2021-2027, del programma operativo complementare al PON Inclusion (POC Inclusion) e dell'iniziativa REACT-EU. Un'altra importante fonte programmatica e di finanziamento è costituita dal [Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza \(PNRR\)](#), approvato dal Consiglio dei Ministri il 24 aprile 2021, che sottolinea

<sup>4</sup> Missione 5 "Inclusione e coesione", C2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo settore", sotto-componente "Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale", investimento 1.3, linea 2.

la necessità di costruire attorno al sistema dei servizi sociali *“una strategia condivisa, che coinvolga direttamente beneficiari, famiglie, istituzioni pubbliche e private, Terzo settore e sistema economico-produttivo, promuovendo i principi di cittadinanza e partecipazione attiva”*. Risulta dunque imprescindibile rafforzare il ruolo dei servizi sociali territoriali come strumento di resilienza, mirando alla definizione di modelli personalizzati per la cura e la presa in carico integrata delle fragilità. A tal proposito, con Decreto Direttoriale n. 5 del 15 febbraio 2022 è stato adottato l'[Avviso pubblico 1/2022](#) per la presentazione da parte degli Ambiti territoriali di proposte di intervento da finanziare nell’ambito del PNRR finanziato dall’Unione Europea – Next generation EU, volte a favorire attività di inclusione sociale di determinate categorie di soggetti vulnerabili come famiglie e bambini, anziani non autosufficienti, disabili e persone senza dimora.

Rispetto ai temi di interesse, informazioni utili a tracciare il quadro degli interventi finanziati dal PNRR sono offerte dal [Piano Operativo relativo alla Missione 5 “Inclusione e coesione”](#), pubblicato con Decreto Direttoriale n. 450 del 9 dicembre 2021, e in particolare dalla componente M5C2 “Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo settore” e dalla sotto-componente “Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale”. All’interno di quest’ultima ricadono due riforme<sup>5</sup> e tre investimenti<sup>6</sup>, di cui uno di particolare interesse per gli elementi trattati. Nel rispetto delle *Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia* e delle Schede tecniche contenute nel *Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali*, l’investimento 1.3 “Housing temporaneo e stazioni di posta” si pone infatti l’obiettivo di finanziare, attraverso una dotazione complessiva di 450 milioni di euro, interventi e servizi in favore di persone o famiglie in condizione di povertà estrema o senza dimora, promuovendo la loro autonomia di vita. L’investimento prevede due specifiche linee di attività:

- *Housing first*, ossia l’affiancamento di un’assistenza alloggiativa temporanea rivolta a persone o nuclei in difficoltà estrema da parte di un progetto individualizzato con l’obiettivo di favorire percorsi di autonomia e rafforzamento delle risorse personali per agevolare la fuoriuscita dal circuito dell’accoglienza e l’accesso agli interventi di supporto strutturale alle difficoltà abitative;
- *Stazioni di posta – Centri servizi territoriali per il contrasto alla povertà* (di cui si parlerà meglio nel prossimo paragrafo), aperti alla cittadinanza, in cui svolgere una limitata accoglienza notturna, attività di presidio sociale e sanitario, ristorazione, distribuzione della posta per i residenti presso l’indirizzo fittizio comunale, mediazione culturale, *counseling*, orientamento al lavoro, consulenza legale, distribuzione di beni in riuso, banca del tempo.

Importante anche la componente M5C1 “Politiche per il lavoro” del PNRR, all’interno della quale rientra il [Programma GOL – Garanzia di Occupabilità dei Lavoratori](#), adottato con Decreto Ministeriale 5 novembre 2021, che costituisce il perno dell’azione di riforma nell’ambito delle politiche per il lavoro, accompagnato dal *Piano strategico nazionale sulle Nuove Competenze (PNC)* ed in sinergia con il *Piano straordinario di potenziamento dei Centri per l’Impiego*. Il Programma persegue l’obiettivo di definire livelli essenziali della formazione professionale per tutto il territorio nazionale e si rivolge a lavoratori in transizione, disoccupati e in cerca di occupazione: beneficiari di ammortizzatori sociali, percettori di RdC, lavoratori fragili e vulnerabili (giovani NEET, donne, persone con disabilità, lavoratori maturi) e lavoratori con redditi molto bassi (*working poor*) sono i principali beneficiari delle azioni di reinserimento lavorativo, aggiornamento e riqualificazione previsti. A seconda delle caratteristiche dei beneficiari a cui si rivolge, GOL prevede l’attivazione di interventi personalizzati, riassumibili in cinque tipologie di percorsi:

- *percorsi occupazionali*, rivolti a beneficiari vicini al mercato del lavoro;
- *percorsi di upskilling* (aggiornamento), per beneficiari che necessitano un adeguamento delle competenze;

<sup>5</sup> Riforma 1.1 Legge quadro per le disabilità; 1.2 Sistema degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti.

<sup>6</sup> Investimento 1.1 Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell’istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti; 1.2 Percorsi di autonomia per persone con disabilità; 1.3 Housing temporaneo e stazioni di posta.

- *percorsi di re-skilling* (riqualificazione), per beneficiari che necessitano un rafforzamento delle competenze;
- *percorsi lavoro e inclusione*, rivolti a beneficiari verso i quali le politiche attive del lavoro da sole non sono sufficienti a migliorare l'occupabilità del lavoratore, essendo presenti ostacoli e barriere che vanno oltre la dimensione lavorativa;
- *percorsi di ricollocazione collettiva*, per gruppi di lavoratori, ad esempio, in situazioni di crisi aziendali ma ancora formalmente occupati.

Specie nel caso di bisogni complessi, che richiedono dunque l'attivazione di percorsi lavoro e inclusione, GOL pone inoltre l'accento sull'importanza di dar vita ad azioni che coinvolgano in modo integrato i servizi per il lavoro e la rete territoriale di servizi educativi, sociali, sociosanitari e di conciliazione, come peraltro già prescritto nell'ambito del RdC. Tra gli obiettivi di GOL vi sono infatti: la rete territoriale dei servizi e la realizzazione di politiche territoriali integrate; la centralità dei livelli essenziali delle prestazioni, volta a superare l'eterogeneità delle prestazioni e dei servizi presenti sul territorio; la prossimità dei servizi e l'ampliamento della loro offerta sia fisica che digitale; la personalizzazione degli interventi.

## 2. La cornice regolativa sulla presa in carico integrata

La letteratura e l'evidenza empirica mettono in luce come la povertà sia un fenomeno multidimensionale, caratterizzato da una stretta correlazione tra deprivazione economica, sociale, sanitaria, culturale ed educativa. Al contempo, la teoria economica del "circolo dello svantaggio sociale"<sup>7</sup> mostra quanto l'investimento nei primi anni di vita di una persona – e in particolare nei primi mille giorni – produca rendimenti più elevati rispetto ad investimenti tardivi, interrompendo il passaggio intergenerazionale della povertà che genera, come in un circolo vizioso, basso reddito, bassa istruzione, alta vulnerabilità ed alta esclusione sociale e lavorativa. L'accompagnamento di famiglie e bambini in situazione di vulnerabilità nel nostro Paese è formalmente a carico del servizio sociale, ma richiede un puntuale raccordo con altri attori (servizi sanitari, servizi educativi, lavoro) e coinvolge politiche differenti (lotta alla povertà, prevenzione delle violenze domestiche, sostegno alla genitorialità, istruzione e inclusione sociale). Tenendo conto dell'importanza di promuovere azioni di contrasto alla deprivazione materiale e di sostegno all'inclusione prendendosi cura del nucleo familiare nella sua interezza, sono sempre più gli studiosi ed esperti a sottolineare quanto sia importante porre attenzione alla **presa in carico integrata nell'accompagnamento di persone e famiglie vulnerabili**.

### 2.1 Il livello nazionale

La complessità e la frammentarietà degli interventi, insieme al rapido mutamento delle configurazioni familiari e del contesto sociale, fanno emergere la necessità di chiari orientamenti. A livello nazionale, negli ultimi anni sono proliferati un gran numero di documenti istituzionali, materiali normativi e regolativi, e linee guida sulla presa in carico integrata delle vulnerabilità. Seppur presentando specifici target di riferimento, si tratta di documenti utili a delineare alcuni elementi ed attenzioni condivise nella presa in carico delle fragilità: l'approccio olistico ed integrato nell'analisi, valutazione e progettazione con le persone; la partecipazione attiva di tutti gli individui coinvolti, di servizi e professionisti in un'ottica multidisciplinare ed inclusiva; l'attenzione non solo ai bisogni e criticità, ma anche alle risorse e potenzialità della persona e del suo contesto familiare e di vita.

<sup>7</sup> Raccomandazione della Commissione Europea, [2013/112/UE](#).

In tal senso, il primo documento ad aver messo in luce e sistematizzato una serie di indicazioni utili relative al lavoro con persone e famiglie vulnerabili è rappresentato dalle [Linee di indirizzo sull'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità](#), approvate in Conferenza Unificata il 21 dicembre 2017, che assumono come *focus* gli interventi di cura del bambino nel suo ambiente familiare, ponendo un'attenzione particolare ai sostegni finalizzati a prevenirne l'allontanamento. Il documento si colloca in una prospettiva di continuità ed integrazione con le [Linee di indirizzo sull'affidamento familiare](#), approvate in Conferenza Unificata il 25 ottobre 2012, e con le [Linee di indirizzo per l'accoglienza nei servizi residenziali per minorenni](#), approvate il 14 dicembre 2017, che si occupano invece di interventi in situazioni di temporaneo collocamento del bambino al di fuori del nucleo familiare. Le [Linee di indirizzo sull'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità](#) nascono a partire dai dati di ricerca raccolti nella sperimentazione del Programma PIPPI, promossa dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali a partire dal 2011<sup>8</sup>, che ha rappresentato un concreto tentativo di creare un **raccordo tra istituzioni, servizi e professionisti** afferenti agli ambiti sociale, sanitario, educativo-scolastico e della giustizia.

Tra le principali idee di riferimento contenute nel documento vi sono:

- *interdisciplinarietà e corresponsabilità*, ossia il coinvolgimento, all'interno delle equipe multidisciplinari, di professionisti portatori di punti di vista, competenze e conoscenze differenziate ed integrate, in modo da offrire risposte a bisogni multidimensionali e complessi;
- *partecipazione*, ossia il coinvolgimento attivo di tutti i soggetti (anche minori) all'interno dei processi valutativi e decisionali che li riguardano;
- *trasparenza*, ossia l'adozione di un linguaggio comprensibile ed inclusivo;
- *intensità dell'intervento*, ossia l'utilizzo pianificato di un insieme coordinato e condiviso di strumenti;
- *rilevanza del metodo della valutazione partecipata*, intesa nella sua accezione di valutazione trasformativa e generativa, di confronto e cambiamento;
- *valorizzazione delle risorse della comunità*.

Alle linee guida sopracitate, e ai principi in esse contenuti, si sono poi ispirate le [Linee guida per la definizione dei Patti per l'Inclusione Sociale](#), che individuano gli strumenti operativi per la valutazione multidimensionale dei bisogni dei beneficiari di RdC convocati dai servizi sociali dei Comuni per l'attivazione dei progetti personalizzati. Le linee guida, approvate dal Comitato per la lotta alla povertà il 28 giugno 2018 per il REI e riadattate al RdC con Decreto Ministeriale n. 84 del 27 luglio 2019, sono frutto di un tavolo di lavoro inter-istituzionale a cui hanno partecipato le Regioni, ANCI, ANPAL e il CNOAS, con il supporto scientifico dell'Università di Padova, in continuità con il lavoro realizzato dal Programma PIPPI. Alla base delle linee guida vi è l'idea che il progetto personalizzato in capo alla famiglia debba essere co-costruito con i suoi componenti e definito secondo **principi di proporzionalità, appropriatezza e non eccedenza**, e debba tenere in considerazione i bisogni ma anche gli interessi e le potenzialità di reale attivazione dei beneficiari. L'obiettivo finale è quello di accompagnare un processo di cambiamento e, se possibile, di fuoriuscita dalla situazione di vulnerabilità. Affinché questo avvenga è necessario adottare approcci multidisciplinari e coordinati.

Seppur precedenti, anche le [Linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta](#), approvate in Conferenza Unificata il 9 novembre 2015, ed elaborate dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali in collaborazione con la Federazione Italiana Organismi per le Persone Senza Dimora (fio.PSD), richiamano l'attenzione sull'attivazione coordinata di tutte le risorse professionali e culturali, formali e informali, che possono essere messe a disposizione delle persone in difficoltà, mediante il loro coinvolgimento attivo nella

---

<sup>8</sup> La sperimentazione del Programma PIPPI (Programma di Intervento per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione dei minori) è avvenuta in collaborazione con il Laboratorio di Ricerca e Intervento in Educazione Familiare dell'Università di Padova, le Città Riservatarie della l. 285/1997, le Regioni, gli Ambiti Territoriali ai sensi della l. 328/2000, i servizi sociali e di protezione e tutela minori, le ASL, i servizi per la prima infanzia, gli istituti scolastici e soggetti del privato sociale.

rete dei servizi, nella relazione di aiuto personalizzata e nella comunità. Un orientamento simile si ritrova anche nelle [Linee di indirizzo per progetti di vita indipendente](#), pubblicate in Gazzetta Ufficiale il 4 febbraio 2020, volte all'adozione di un modello nazionale ed uniforme di intervento per la promozione della vita indipendente e dell'inclusione sociale delle persone con disabilità, a cui anche la Legge 112/2016 sul Durante e Dopo di Noi si ispira.

### 2.1.1 Metodologie, approcci ed elementi comuni

Tutti i documenti sopracitati riportano elementi condivisi e direttrici comuni in grado di orientare il lavoro di presa in carico e accompagnamento a persone e famiglie vulnerabili. Di seguito i principali.

Innanzitutto l'approccio **bioecologico dello sviluppo umano**<sup>9</sup>, secondo cui lo sviluppo della persona avviene in funzione dell'insieme di variabili che compongono la sua ecologia, quali l'epoca storica, le culture, la geografia, le relazioni sociali formali e informali in cui si costruiscono anche le relazioni genitoriali e familiari. Tale approccio identifica lo sviluppo del bambino come frutto di un'interazione dinamica tra la rete di questi sistemi che si influenzano reciprocamente. Per accompagnare e costruire il cambiamento risulta quindi centrale porre attenzione non solo alle risorse dei singoli, ma anche a quelle dei contesti in cui questi sono inseriti, in quanto ecologicamente interconnessi.

Un altro elemento comune è rappresentato dal paradigma della **valutazione partecipativa e trasformativa** che, ponendo al centro la relazione comunicativa e l'interesse superiore della persona e valorizzando la famiglia in quanto risorsa indispensabile per progettare e rispondere ai bisogni dei singoli, integra e supera la valutazione in senso stretto. Attraverso il lavoro di equipe multidisciplinare, la valutazione partecipativa e trasformativa integra infatti punti di vista, diagnosi, analisi, dati di fatto ed opinioni, ed è finalizzata a mobilitare le risorse della persona e della famiglia attraverso la costruzione partecipata e graduale del progetto personalizzato. Un elemento comune rilevante è infatti il **coinvolgimento diretto degli utenti nella valutazione multidimensionale del bisogno**, che insieme ai professionisti concorrono così a tutti i processi decisionali che li riguardano. Privilegiando un approccio partecipativo, basato sul dialogo e sulla fiducia nelle capacità dei singoli di assumere un atteggiamento proattivo e di *empowerment* rispetto alla propria situazione, la valutazione fa leva sulle risorse della persona e della famiglia nella costruzione di risposte ai bisogni, letti come obiettivi da raggiungere.

Un ulteriore punto cardine è rappresentato dall'**equipe multidisciplinare**, intesa come un insieme di professionisti afferenti a servizi differenti e portatori di punti di vista, professionalità, competenze, attenzioni e *modi operandi* eterogenei. Costruita secondo un criterio "a geometria variabile"<sup>10</sup>, l'equipe si configura come un luogo inclusivo, di co-decisionalità e generativo, capace di costruire un linguaggio comune, tessere relazioni trasparenti con le famiglie e condividere responsabilità attuative. L'equipe multidisciplinare è peraltro considerata livello essenziale delle prestazioni sociali dal Piano povertà sopracitato, che sottolinea, oltre alla necessità di potenziare il servizio sociale professionale, anche l'importanza di incrementare nei servizi la presenza di altre figure professionali in ambito sociale, indispensabili ad assicurare la valutazione e l'attivazione dei sostegni necessari alle famiglie. L'attivazione delle equipe multidisciplinari e dei sostegni per

<sup>9</sup> Nello specifico, la teoria bioecologica dello sviluppo umano considera la crescita di un bambino come la risultante di un vasto insieme di fattori raggruppabili in tre categorie: i) caratteristiche personali dei genitori; ii) caratteristiche personali del bambino e suoi bisogni evolutivi; iii) caratteristiche sociali e contestuali che esercitano un'influenza indiretta sulla genitorialità e che costituiscono l'ambiente nel quale il bambino cresce.

<sup>10</sup> L'equipe è tendenzialmente composta da un gruppo costante di professionisti (equipe di base), che individua tra i propri componenti un responsabile del percorso con l'individuo e la famiglia, e da una serie di professionisti e di altre figure che si possono aggiungere di volta in volta a seconda della situazione (equipe allargata).

i nuclei con bisogni complessi rappresentano dunque una priorità, nell'ottica del riconoscimento del diritto soggettivo alla presa in carico.

Infine, un ultimo punto comune riguarda la centralità della figura del **case manager**, ossia la figura professionale di riferimento della persona e della famiglia in condizioni di vulnerabilità, nonché responsabile della sua presa in carico. Il **case manager** inoltre coordina il lavoro dell'equipe, curando la valutazione multidimensionale, la predisposizione, la realizzazione e il monitoraggio del progetto personalizzato.

## 2.2 Il livello regionale

Diversi degli elementi sopra richiamati a livello nazionale, quali la presa in carico integrata delle vulnerabilità, l'attivazione di equipe multidimensionali, la centralità della persona e del suo contesto familiare e di vita, trovano esplicitazione anche a livello regionale in atti normativi e regolativi, e linee guida. È in particolare nell'ambito delle azioni e degli interventi di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale che tali principi prendono forma.

### 2.2.1 Il Sistema integrato di interventi e servizi sociali

In Toscana la [LR 41/2005](#) e ss. mm. disciplina il **Sistema integrato di interventi e servizi sociali** volto a promuovere e garantire diritti di cittadinanza sociale, qualità della vita, autonomia individuale, pari opportunità, coesione sociale e riduzione delle condizioni di disagio ed esclusione. Il sistema integrato assicura inoltre l'erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS), garantendo in particolare ai soggetti in condizioni di povertà e deprivazione un accesso prioritario agli interventi e servizi. Tale normativa ha inoltre istituito la **Commissione regionale per le politiche sociali** con funzioni consultive e propositive in materia di sistema integrato di interventi e servizi sociali.

La programmazione regionale degli interventi e servizi sociali in Toscana è invece definita dal **Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR)**. Tuttora in vigore, il [PSSIR 2018-2020, adottato con DGR 22/2019](#) quale atto di indirizzo relativo al sistema della salute territoriale<sup>11</sup>, mette in evidenza alcuni dei principi sopracitati. L'elemento chiave alla base del documento è infatti la declinazione del concetto di salute intesa al di là del benessere psicofisico, secondo un approccio culturale orientato alla comunità e all'ambiente (ecologia integrale) e allo sviluppo delle capacità individuali. Partendo da questo presupposto, risulta dunque imprescindibile dar vita all'interno dei servizi a modalità organizzative in grado di garantire una presa in carico complessiva, integrando quindi i percorsi assistenziali con valutazioni ed interventi afferenti alla sfera sociale. Lo schema logico del PSSIR 2018-2020<sup>12</sup> prevede un'articolazione suddivisa in 10 obiettivi strategici *driver* declinati in 9 *target* (genitori, bambini, giovani, donne, anziani, stranieri, lavoratori, popolazioni residenti nelle aree interne, montane e insulari, persone detenute negli istituti penitenziari) e l'individuazione di 3 *focus* come ambiti di attenzione trasversali a più *target* (pazienti oncologici, persone con disabilità, salute mentale). Dal punto di vista operativo, emergono due aspetti nodali:

- *interdisciplinarietà e allargamento dei confini*, ossia l'attivazione di contesti di lavoro organizzati a carattere multidisciplinare e multiprofessionale operanti in un'ottica di complementarità;

<sup>11</sup> Per approfondimenti si veda: Nocentini R., [Genealogia del PSSIR 2018-2020 della Toscana](#), pubblicato su [welforum.it](#) il 24 ottobre 2019 e, sempre dello stesso autore, [PSSIR 2018-2020 della Toscana e programmazione multilivello](#), pubblicato su [welforum.it](#) il 30 gennaio 2020.

<sup>12</sup> Come definito dalla DGR 1547/2019, agli obiettivi e alle metodologie contenuti nel PSSIR si devono poi conformare, in una logica di integrazione multilivello, anche tutti gli altri strumenti di programmazione territoriale: per area vasta (PAV), di zona (PIS e PIZ) e aziendale (PAL e PAO).

- *centralità della persona*, ossia il coinvolgimento del paziente/utente nel percorso di valutazione multidimensionale del bisogno e di cura in un'ottica di *responsiveness*.

## 2.2.2 Il Piano regionale di contrasto alla povertà

Altro strumento centrale nella programmazione integrata di interventi e servizi volti al sostegno delle vulnerabilità e alla promozione dell'inclusione sociale è il **Piano regionale di contrasto alla povertà**. La prima edizione del Piano, riferita al triennio 2018-2020, è stata approvata con DGR 998/2018, istitutiva tra l'altro della Rete della protezione e dell'inclusione sociale quale organismo di coordinamento del sistema degli interventi e dei servizi sociali prevista dal Decreto 147/2017. La seconda edizione del Piano regionale di contrasto alla povertà, riferita al triennio 2021-2023, è stata recentemente adottata con DGR 557/2022.

Il Piano regionale di contrasto alla povertà, oltre a definire LEPS ed obiettivi di servizio, adotta un **approccio multidimensionale** ai processi di impoverimento ed inclusione sociale, sottolinea l'importanza di intraprendere **percorsi di presa in carico integrati** basati sull'attivazione di equipe multidimensionali per la valutazione di bisogni complessi, mira alla creazione di un **welfare di comunità** in grado di promuovere partnership pubblico-private. Di seguito una sintesi dei principali interventi previsti dal Piano regionale.

### 1. Servizio Sociale Professionale

Obiettivo: progressivo avvicinamento per tutte le Zone-distretto toscane dell'obiettivo di servizio di 1 assistente sociale ogni 6.500 abitanti e al LEPS di 1 assistente sociale ogni 5.000 abitanti.

Azioni connesse: PNRR – Missione 5, C2, investimento 1.1, linea 4 “Interventi per rafforzare i servizi sociali attraverso l'introduzione di meccanismi di condivisione e supervisione per gli assistenti sociali”, che presenta l'obiettivo di rafforzare la qualità del servizio sociale professionale mediante azioni di supervisione agli operatori e di prevenzione del *burn out*.

### 2. Reddito di Cittadinanza

Obiettivi: contrattualizzazione stabile delle figure dei *case manager*; incremento della percentuale di beneficiari RdC presi in carico e di Patti per l'Inclusione Sociale stipulati; redazione di linee guida regionali integrate tra servizi sociali e Centri per l'Impiego, e tra servizi sociali, servizi per le dipendenze, per la salute mentale e consultoriali; formalizzazione delle equipe multidimensionali nel 70% delle Zone-distretto toscane, in particolare attraverso la promozione del coinvolgimento dei servizi sociosanitari e degli uffici per le politiche abitative. Tra le linee strategiche di azione vi sono la costituzione di micro equipe territoriali tra servizi sociali e Centro per l'Impiego volte a semplificare i percorsi di accesso, presa in carico, valutazione e progettazione; la costituzione (o il rafforzamento) delle relazioni organizzative tra operatori del servizio sociale, dei servizi sociosanitari, delle politiche abitative e delle politiche educative e scolastiche; la profilazione degli utenti.

Azioni connesse: PNRR – Missione 5, C1, riforma 1.1 “Politiche attive del lavoro e formazione”, linea 1 “Programma GOL”, con particolare riferimento al percorso “Lavoro e inclusione. Persone in condizione di fragilità” che, rivolgendosi a soggetti con bisogni complessi per i quali le sole politiche attive del lavoro non sono sufficienti, prevede la presa in carico integrata, mediante valutazione multidisciplinare, e la predisposizione di un progetto personalizzato di inclusione lavorativa.

### 3. Progetti Utili alla Collettività

Obiettivi: aumento della diffusione dei PUC al 70% delle Zone-distretto toscane; promozione delle relazioni tra servizi sociali e Centri per l'Impiego nella gestione dei progetti e nella promozione di percorsi di acquisizione di competenze utili per successivi percorsi occupazionali.

Azioni connesse: DGR 620/2020 “Disposizioni per la realizzazione di tirocini di orientamento, formazione e inserimento/reinserimento finalizzati all'inclusione sociale all'autonomia delle persone ed alla riabilitazione”.

### 4. Sostegno alla genitorialità

Obiettivo: predisposizione di efficaci sostegni al Patto per l'Inclusione Sociale, privilegiando l'attivazione di un percorso di sostegno alla genitorialità ogni qualvolta si presenti una situazione di bisogno complesso e nel nucleo sia

presente un bambino nei primi 1.000 giorni di vita. Tra le linee strategiche di azione vi è la promozione di un rapporto strutturato tra le equipe attivate nell'ambito del programma PIPPI e l'equipe RdC.

Azioni connesse: PNRR – Missione 5, C2, investimento 1.1, linea 1 “Interventi finalizzati a sostenere le capacità genitoriali e supportare le famiglie e i bambini in condizione di vulnerabilità”, finalizzata ad estendere PIPPI e a rafforzare i servizi sociali nel sostegno delle capacità genitoriali, soprattutto nelle situazioni di particolare fragilità. Tali azioni appaiono in linea anche con quanto previsto dalla *Child Guarantee*, che persegue lo scopo di assicurare che ogni bambino a rischio di povertà o esclusione sociale abbia effettivo accesso a diritti fondamentali, con particolare attenzione ai primi 1.000 giorni di vita, prevedendo un rafforzamento degli investimenti in attività di prevenzione e promozione della salute materno-infantile e di salute mentale minorile.

#### **5. Pronto Intervento sociale**

Obiettivo: progressiva attivazione su tutto il territorio regionale del Servizio di Emergenza Urgenza Sociale (SEUS) volto a garantire una risposta tempestiva alle persone in situazioni di particolare gravità ed emergenza, già sperimentato nel 2017 e consolidato con DGR 838/2019, attualmente attivo in 9 Zone-distretto toscane.

Azioni connesse: Avviso pubblico 1/2021 PrInS – Progetti Intervento Sociale, di sostegno ad azioni di Pronto Intervento sociale, in particolare a favore di persone senza dimora o in situazione di povertà estrema e marginalità.

#### **6. Accesso alla residenza anagrafica**

Obiettivo: promozione dell'accessibilità ai diritti esigibili. Tra le linee strategiche di azione vi sono la promozione del lavoro integrato con gli uffici dell'anagrafe comunale cui spetta la definizione della residenza anagrafica; la collaborazione con il Terzo settore, le unità di strada e il Pronto Intervento sociale per intercettare i cittadini senza dimora non conosciuti; collaborazione con il segretariato sociale, il servizio sociale professionale e i centri servizi per senza dimora per le attività di orientamento.

Azioni connesse: Avviso pubblico 1/2021 PrInS – Progetti Intervento Sociale.

#### **7. Interventi Housing first**

Obiettivo: sviluppo del sistema *Housing first* e *Housing led*, partendo dal presupposto che il progetto non costituisce uno strumento di contrasto all'emergenza abitativa in generale, ma uno strumento rivolto a persone in condizioni di fragilità per la realizzazione di un percorso individuale verso l'autonomia, e che la soluzione alloggiativa deve essere affiancata da un progetto individualizzato volto all'attivazione delle risorse del singolo o del nucleo familiare, con l'obiettivo di favorire percorsi di autonomia per agevolare la fuoriuscita dal circuito dell'accoglienza ovvero l'accesso agli interventi di supporto strutturale alle difficoltà abitative.

Azioni connesse: PON Avviso 4/2016 e seguenti rifinanziamenti; PNRR – Missione 5, C2, investimento 1.3, linea 1 “Housing temporaneo”; Avviso pubblico 1/2021 PrInS – Progetti Intervento Sociale.

#### **8. Centri servizi per il contrasto alla povertà**

Obiettivo: costituzione di almeno un Centro servizi per il contrasto alla povertà in ciascuna zona in cui sia presente almeno un Comune con oltre 75 mila abitanti e/o delle reti di presa in carico integrata, con l'obiettivo di garantire, attraverso un servizio di facile accessibilità alle persone in condizione di povertà o marginalità, la presa in carico integrata e un percorso partecipato di accompagnamento.

Azioni connesse: PON Avviso 4/2016 e seguenti rifinanziamenti; PNRR – Missione 5, C2, investimento 1.3, linea 2 “Stazioni di posta”; Avviso pubblico 1/2021 PrInS – Progetti Intervento Sociale.

Con DGR 917/2021 è stato istituito il **Tavolo regionale della Rete della protezione e dell'inclusione sociale**, che costituisce il principale organismo di coordinamento e la sede istituzionale stabile di raccordo e confronto tra Regione, Comuni e Zone-distretto, aperto alla consultazione di organismi pubblici, Terzo settore e parti sociali attive nel contrastare sul territorio il rischio di povertà ed esclusione sociale. Il Tavolo agisce attraverso il coinvolgimento di tutti gli Ambiti territoriali, ricercando la collaborazione operativa tra i settori regionali competenti in materia di politiche sociali, politiche di genere, edilizia residenziale pubblica, salute e sanità, istruzione, formazione professionale e lavoro, università e ricerca. Persegue inoltre l'obiettivo di sostenere e promuovere la definizione di accordi operativi a livello di Ambito territoriale con e tra Comuni, Società della Salute, Aziende sanitarie, Centri per l'Impiego ed altri enti deputati **alla realizzazione di un'offerta integrata di servizi e all'elaborazione di strumenti condivisi** volti a promuovere l'inclusione sociale, in particolare di persone e famiglie in situazioni di vulnerabilità. Al fine dello svolgimento delle sue funzioni, il Tavolo regionale si avvale del supporto tecnico della *Cabina di regia* che persegue la promozione dell'integrazione tecnico-

operativa tra le politiche regionali, l'elaborazione delle proposte per la definizione e lo sviluppo di programmi, protocolli e altri strumenti operativi, la predisposizione di attività di formazione e supporto tecnico rivolte agli Ambiti territoriali, il monitoraggio dello stato di avanzamento delle attività. A livello territoriale, in ogni Società della Salute o Zona-distretto, sono costituiti i *Tavoli zionali della Rete di protezione ed inclusione sociale*, che presentano l'obiettivo di orientare i servizi territoriali verso un'ottica di co-progettazione, rafforzamento delle reti pubblico-private ed integrazione delle risorse, coinvolgere i soggetti dell'Ambito territoriale nell'individuazione di bisogni ed opportunità di inclusione socio-lavorativa dei soggetti fragili, definire indirizzi operativi ed elaborare proposte di lavoro in materia di inclusione sociale e lotta alla povertà.

Mediante il finanziamento dell'Avviso 4/2016, Regione Toscana, in collaborazione con Anci Toscana, fio.PSD e l'Osservatorio nazionale per la solidarietà nelle stazioni italiane (ONDS), ha avviato la [Rete regionale per l'inclusione delle persone senza dimora](#), che vede l'attuazione di progettazioni e azioni specifiche presso gli Ambiti territoriali dei Comuni capoluogo di provincia (Livorno, Lucca, Arezzo, Carrara, Pisa, Pistoia, Prato, Grosseto, Siena). L'obiettivo generale dell'organismo consiste, da un lato, nel potenziamento della rete dei servizi per le persone senza dimora nel percorso verso l'autonomia e, dall'altro, nell'attivazione di interventi innovativi rivolti a tale target di popolazione e di interventi a bassa soglia.

### **2.2.3 Ulteriori disposizioni normative ed esperienze progettuali significative**

Tra gli ulteriori indirizzi normativi e regolativi regionali in materia di contrasto alla povertà e promozione dell'inclusione sociale in un'ottica integrata e multidimensionale vi sono:

- [LR 32/2009](#), che disciplina la realizzazione di un programma di interventi volti a combattere la povertà di persone e famiglie attraverso la redistribuzione delle eccedenze alimentari<sup>13</sup>;
- [LR 13/2015](#), che riconosce il ruolo svolto delle Agenzie sociali per la casa, in sinergia con i Comuni, nel reperimento o mantenimento di alloggi per nuclei in difficoltà, operandone l'inserimento abitativo;
- [LR 2/2019](#), che stabilisce i criteri per l'utilizzo degli alloggi di edilizia residenziale pubblica (ERP) a favore di nuclei familiari non assegnatari in condizioni di morosità causata dalla perdita e/o riduzione del lavoro;
- [DGR 620/2020](#), che disciplina la realizzazione di tirocini di orientamento, formazione e inserimento/reinserimento finalizzati all'inclusione sociale all'autonomia delle persone ed alla riabilitazione. Tale disposizione risulta particolarmente importante in quanto prevede, oltre alla realizzazione di un percorso assistenziale personalizzato (PAP), anche una gestione e presa in carico integrata dei beneficiari con bisogni complessi da parte dei servizi sociali e per il lavoro attraverso un'equipe multidimensionale;
- [DGR 111/2022](#), che disciplina il *Patto per il Lavoro in Toscana*, che prevede la sperimentazione di strumenti di politica attiva che integrino e rafforzino le misure nazionali, favorendo la cooperazione attiva tra servizi pubblici e privati, quali ricollocazione, formazione per ridurre il *mismatch* di competenze, incentivi all'occupazione;
- [DGR 220/2022](#), contenente gli indirizzi per la presentazione del *Piano regionale per l'attuazione della Garanzia Occupabilità Lavoratori (GOL)*.

Anche le recentissime le [Linee guida per l'efficace attivazione di percorsi di cittadinanza attiva](#) che Anci Toscana ha elaborato nell'ambito del progetto TEAMS – FAMI 2014-2020, capofilato da Regione Toscana, perseguono l'obiettivo di rafforzamento dei sistemi di presa in carico integrata (per l'inclusione del cittadini di Paesi terzi) attraverso la costruzione di un **modello di accordo di rete partecipata e orientata**

<sup>13</sup> La LR 32/2009 è istitutiva anche del progetto regionale "Spesa per tutti", finalizzato a combattere la povertà delle famiglie in difficoltà attraverso una distribuzione di generi alimentari e diffondere una cultura alimentare consapevole e contraria agli sprechi.

**all'accoglienza.** Il valore fondante il modello è rappresentato infatti dalla metodologia del lavoro di rete, attraverso cui risulta possibile integrare le risorse e gestire i servizi in modo da identificare il bisogno complessivo delle persone. Le principali finalità del modello sono il rafforzamento del raccordo tra servizi pubblici, privato sociale e Terzo settore e la costruzione di un'infrastruttura operativa generale per lo sviluppo di accordi di rete territoriali che mirino a individuare processi, metodologie e attori per l'attivazione di percorsi assistenziali e di presa in carico. In particolare, viene ribadita l'importanza delle reti "a geometria variabile" e della valutazione multidimensionale e multiprofessionale del bisogno. Dal punto di vista metodologico, le linee guida scaturite dall'esperienza progettuale sopracitata ribadiscono l'importanza di favorire il più ampio coinvolgimento possibile di tutti soggetti protagonisti delle azioni progettuali, attraverso un **approccio di rete inclusivo e multi-attore** in grado di intercettare i bisogni e fare da "ponte" con il territorio e i suoi servizi.

Infine, ma non per importanza, dal 2020 Regione Toscana ha promosso – in collaborazione con Anci Toscana e l'Istituto per la Ricerca Sociale (IRS) di Milano – la costituzione di una **Comunità di Pratica sull'inclusione sociale** rivolta agli operatori degli Ambiti territoriale e finalizzata a favorire la collaborazione e l'integrazione tra i servizi sociali e gli altri servizi territoriali. Il progetto prevede annualmente seminari semi-strutturati con interventi di esperti e testimonianze dai territori, laboratori tematici per la condivisione e lo scambio di esperienze tra operatori, piattaforma web di scambio e condivisione con accesso riservato agli aderenti, newsletter bimestrale sul quadro evolutivo della normativa di riferimento e dei principali dati a disposizione. Dal suo avvio, la Comunità di Pratica ha promosso l'integrazione e la condivisione di metodi e strumenti tra operatori dei servizi sociali, operatori che si occupano di minori e famiglie vulnerabili, operatori dei Centri per l'Impiego e prevede il prossimo coinvolgimento degli operatori dei servizi sociosanitari.

## B) Cross-sectional analysis of the level of integration in the four study contexts

The main attention of the action-research activity conducted by IRS within the WP1 phase of the Reticulate Project has been – as per the overall objectives of the study – on the mapping and analysis of the actors, tools and models of integration among the different services involved in combating poverty and supporting vulnerability in four different study contexts of the pilot. The findings from such research activity have been synthesized into four case studies, one for each of the context under analysis.

What follows is a synthesis of the cross-sectional analysis conducted by IRS and presented according to macro-topics.

### 1. Context

The Table below summarises the socio-economic, governance and organisational context of the four locations included in the pilot. Among the secondary data sources used for reconstructing such context are: socio-demographic data, health data, institutional documents (rules and regulation guidance, protocols, institutional agreements, etc.) as well as data emerged from a Community of Practice on social inclusion previously conducted in the Region of Tuscany.

SdS Pistoiese	Zona-distretto Piana di Lucca	Zona-distretto Livornese	SdS Grossetana
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Azienda USL Toscana Centro</li> <li>- 9 Municipalities</li> <li>- Roughly 172.000 people</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Azienda USL Toscana Nord-Ovest</li> <li>- 7 Municipalities</li> <li>- Roughly 169.000 people</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Azienda USL Toscana Nord-Ovest</li> <li>- 3 Municipalities</li> <li>- Roughly 176.000 people</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Azienda USL Toscana Sud-Est</li> <li>- 20 Municipalities</li> <li>- Roughly 171.000 people</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- SdS constituted via institutional agreement for the joint planning and exercise of health and social care services.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ATS (Ambito Territoriale Sociale) for the joint management of EU and Central government funding;</li> <li>- A health and social care agreement is also active.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ATS (Ambito Territoriale Sociale) for the joint management of social services</li> <li>- A health and social care agreement is also active.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SdS constituted via institutional agreement for the joint planning and exercise of health and social care services.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>No direct management of social services</b></li> <li>- Responsible for RdC e PON Avviso 4 but the delivery is externalised to the third sector.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Direct coordination and management</b> of social inclusion and anti-poverty services, including homelessness services.</li> <li>- First-access services also included (and recently strengthened)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Direct management</b> of social services, especially those catered to combat poverty and extreme deprivation (e.g. homelessness services).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Direct coordination and management</b> of all social services, including those catered for combating poverty and extreme deprivation (e.g. homelessness services).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Economic disadvantage among the elderly</li> <li>- Employment difficulties</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Economic disadvantage among families</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- High percentages of foreign and homeless people, high employment and housing needs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Economic disadvantage among the elderly</li> <li>- Economic disadvantage among families</li> </ul>

## 2. Professional and managerial integration

What follows is the reconstruction of the state-of-the-art of professional and managerial integration in the four study contexts. Such reconstruction has been built through the data gathered via both a quantitative survey and qualitative semi-structured interviews.

SdS Pistoiese	Zona-distretto Piana di Lucca	Zona-distretto Livornese	SdS Grossetana
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Team work, also thanks to 3 stable multi-disciplinary teams (<b>équipe</b> RdC, <b>équipe</b> Teams, <b>équipe</b> Tutela Minori)</li> <li>- Team work also in first-access service (<b>segretariato sociale</b>)</li> <li>- Role of «<b>network tutors</b>»</li> <li>- Some services are better integrated than others (e.g. integration with health services tends to be difficult)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Well-rooted integration practices: <b>flexible multi-disciplinary teams (équipe)</b>, 'network tutors and teams' supervision</li> <li>- <b>Different speed</b> for integration practice across different areas (e.g. Capannori/Lucca vs other municipalities) and different fields (RdC vs non RdC)</li> <li>- Some services are better integrated than others (e.g. integration with health services tends to be difficult)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Well-established integration practices, also thanks to a rooted multi-disciplinary approach (<b>GAM team</b> for the support of adults in situation of extreme poverty and homelessness)</li> <li>- Some services are better integrated than others (e.g. integration with health services tends to be difficult)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Collaboration within social services favoured by the <b>direct and centralised management of social, educational and health care services</b></li> <li>- Well-established <b>multi-disciplinary teams and team/group work</b></li> <li>- Some services are better integrated than others (e.g. integration with health services tends to be difficult)</li> <li>- Software, databases and management systems do not always communicate as they should</li> </ul>

## 3. Services' integration

Building on the above-mentioned data sources, the following Table summarises the main features of integration – including strengths and weaknesses – among social services and other public services aimed at combating poverty and supporting vulnerability in four different study contexts of the pilot. These last ones include: employment support services, health services, education and housing services.

SdS Pistoiese	Zona-distretto Piana di Lucca	Zona-distretto Livornese	SdS Grossetana
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Employment services</b>, old and well-established collaboration, strengthened with RdC</li> <li>- <b>Health services</b>, limited and burdensome (rigid protocols, <i>privacy</i>)</li> <li>- <b>Education services</b>, joint referrals tools that support integration</li> <li>- <b>Housing services</b>, integration favoured by neighbouring offices</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Employment services</b>, both formal and informal collaboration; also through joint planning and training</li> <li>- <b>Health services</b>, not smooth despite a protocol between the municipality of Lucca e Azienda Usl Toscana Nord-Ovest</li> <li>- <b>Education services</b>, there's a joint protocol which, however, is not always followed</li> <li>- <b>Housing services</b>, also through co-production practice</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Employment services</b>, established collaboration, also through inclusive apprenticeships</li> <li>- <b>Health services</b>, difficult collaboration and different logics (services-oriented logic vs personalisation)</li> <li>- <b>Education services</b>, just for child care and child protection services</li> <li>- <b>Housing services</b>, facilitating roles of the «housing emergency services»</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Employment services</b>, old and well-established collaboration, strengthened with RdC</li> <li>- <b>Health services</b>, both formal and joint protocols and working groups but with some implementation difficulties</li> <li>- <b>Education and housing services</b>, being part of the same service makes it easier</li> </ul>

## 4. Community integration

Building on the above-mentioned data sources, the following Table summarises the main features of integration – including strengths and weaknesses – between social services and community services or actors involved at a local level in combating poverty and supporting vulnerability in the four study contexts.

SdS Pistoiese	Zona-distretto Piana di Lucca	Zona-distretto Livornese	SdS Grossetana
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Good level of collaboration, at times formal, both through contracting-out and co-production contracts:</li> <li>- <i>E.g. RdC Protocol with Caritas</i></li> <li>- <i>E.g. working table with local associations (Pistoia)</i></li> <li>- <i>E.g. Co-production for the management of the Emporium (Quarrata)</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Well-established and long-standing collaboration:</li> <li>- <i>E.g. third sector actors are part of multidisciplinary teams</i></li> <li>- <i>E.g. Co-production practices</i></li> <li>- <i>E.g. Anti-poverty and homelessness working table</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Long-standing collaboration, especially in the field of homelessness services</li> <li>- <i>E.g. different types of Co-production agreements</i></li> <li>- <i>Including a recent one (gennaio 2022) for homelessness services</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Long-standing collaboration, even if mainly informal</li> <li>- <i>E.g. Homelessness networks of community actors</i></li> <li>- <i>E.g. Migrants working table</i></li> </ul>

## 5. Collaborative networks

What follows is a summary of the main features of the collaborative networks existing in the four study-context. These have been analysed through participative workshop conducted by COeSO-Simurg Ricerche with the aim of identifying strengths and weaknesses of local networks and in order to further develop participative strategies.

SdS Pistoiese	Zona-distretto Piana di Lucca	Zona-distretto Livornese	SdS Grossetana
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Quite wide collaborative networks</b></li> <li>- <b>Good level of formalisation</b></li> <li>- The network between public and third sector actors is key</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Wide collaborative networks</b> which include different organisation through different working groups (E.g. homelessness, winter-support)</li> <li>- <b>Good level of formalisation</b></li> <li>- Networks, however, always needs care and can't be taken for granted. They must be maintained.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Wide collaborative networks</b></li> <li>- <b>Good level of formalisation</b> between public and private services. However, more could be done.</li> <li>- The network between public and third sector actors is key</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Wide collaborative networks</b></li> <li>- <b>Mainly informal</b> but very active</li> </ul>

## 6. Development perspectives

What follows is a list of key elements and development perspectives regarding the state of integration in the four study contexts; all have emerged from the cross-sectional analysis above described:

- There is a **great variety** in terms of levels of integration across and within different contexts. For instance, small municipalities tend to struggle more than bigger ones in putting integration into practice;
- Joint work between social services and both employment and third sector services relies on better-established and older practice compared to that with others services. To date, for instance, the collaboration between social and health services results particularly arduous.
- Integration works better when **stable and dedicated resources** are available to support it (e.g. 'network supervision', 'network maintenance' and 'équipe supervisors');
- Integration can be enhanced by the definition of joint protocols, rules and regulations; joint training and supervision; joint workspaces as well as by a better interoperability of web based management systems and more occasions for professionals' informal exchanges.

## **C) Definition of the main requirements of a new model of integration**

In addition to the analysis of the state of integration across and within the four contexts of the study, the action-research process conducted by IRS within the WP1 phase of the Reticulate Project also brought to the identification of development strategies for improving services' integration within the same four contexts. To this purpose, four participative workshops have been organised, one for each study context. The outcome of the participative workshops has been the identification of key features, tools and actions that would support the design and implementations of *One Stop Shop* models.

What follows is a synthesis of main features emerged from the participative workshops.

### **1. Physical space**

Four main requirements emerged from the dialogue with four contexts of the study in regards to the 'space' for the *One Stop Shop* (geographical location; existing *versus* new-built space; settled *versus* itinerant model).

SdS Pistoiese	Zona-distretto Piana di Lucca	Zona-distretto Livornese	SdS Grossetana
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pistoia <b>city centre</b></li> <li>- <b>Already existing but to be strengthened</b> (first-access services location)</li> <li>- <b>Settled model</b> (which might include and already existing «itinerant register office»)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- '<b>Scattered</b>', with main hubs</li> <li>- <b>Already existing but to be strengthened</b> (social and employment services offices)</li> <li>- <b>Settled model</b> in Lucca and Capannori, <b>itinerant model</b> in small municipalities</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Livorno <b>city centre</b></li> <li>- <b>Already existing but to be strengthened</b> (SEFA location for the night shelter)</li> <li>- <b>Settled model</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grosseto <b>city centre</b></li> <li>- <b>Already existing but to be strengthened</b> (Help Centre location)</li> <li>- <b>Settled model</b> (which might travel to suburbs if needed)</li> </ul>

## 2. Objectives and functions

Here is the cross-sectional synthesis of the main requirements emerged from the dialogue with the four contexts of the study in regards to the objectives and functions the *One Stop Shop* should have.

	SdS Pistoiese	Zona-distretto Piana di Lucca	Zona-distretto Livornese	SdS Grossetana
Information, advice and guidance	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Access to services	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Assessment and planning ( <i>Presenza in carico</i> )*	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Direct services' activation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Referrals to services	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
Other activities (e.g. cultural and leisure activities)		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>

\* Including pre-assessment.

## 3. Target

The following Table summarises the main requirements emerged from the dialogue with the four contexts of the study in regards to the target for the *One Stop Shop* activities (all needs *versus* just critical needs *versus* specific needs such as 'children and families').

SdS Pistoiese	Zona-distretto Piana di Lucca	Zona-distretto Livornese	SdS Grossetana
<ul style="list-style-type: none"> <li>- For all needs</li> <li>- With a specific attention to <b>employment needs and migrant population</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- For all needs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Homelessness and extreme poverty</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Starting with <b>homelessness and extreme poverty</b> support, with the plan to open to all needs</li> <li>- With a specific attention to <b>migrants</b></li> </ul>

## 4. Actors and services

What follows is the cross-sectional synthesis of the main requirements emerged from the dialogue with the four contexts of the study in regards to which services and actors should be involved in the *One Stop Shop* activities (just public services *versus* both private and public services *versus* just well-established services at the local level).

SdS Pistoiese	Zona-distretto Piana di Lucca	Zona-distretto Livornese	SdS Grossetana
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Social services, employment services and already involved community actors</b></li> <li>- It might also host voluntary organisations and "solidarity clinics"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Social services, employment services, health services and third sector actors</b></li> <li>- It might also include <b>district nurses</b> (infermieri di famiglia)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Social services, employment services, health services and already involved third sector actors</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Social services, employment and education services, health services and third sector actors</b> (especially those working with migrants)</li> <li>- It might also include <b>legal services</b></li> </ul>

## 5. Professionals

The following Table summarises the main requirements emerged from the dialogue with the four contexts of the study in regards to the professionals figures that should be involved in the *One Stop Shop* activities (social workers, psychologists, employment-support workers, care workers, support officers, managers, small teams).

SdS Pistoiese	Zona-distretto Piana di Lucca	Zona-distretto Livornese	SdS Grossetana
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Professionals working for <b>first-access services (segretariato sociale)</b> - possibly increasing staffing levels (social worker, support officers, cultural mediation and inclusion workers)</li> <li>- Stable role for an <b>employment support worker</b></li> <li>- If needed, a <b>tax assistant and information officer</b> (CAF)</li> <li>- <b>A basic multi-disciplinary team:</b> social and employment services</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- All professionals currently involved in <b>multi-disciplinary teams</b> (social workers, psychologists, support officers, employment workers, health workers)</li> <li>- Multi-disciplinary teams should remain <b>flexible</b> in its composition («a geometria variabile»)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Social workers and other social care professionals</li> <li>- <b>A basic multi-disciplinary team:</b> social and employment services</li> <li>- Intention of including also <b>specialist health services</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- All professionals currently involved in <b>multi-disciplinary teams</b> dedicated to combat poverty, social exclusion and homelessness (social workers and other social care professionals)</li> </ul>

## 6. Modes of functioning

What follows is the cross-sectional synthesis of the main requirements emerged from the dialogue with the four contexts of the study in regards to ways in which the *One Stop Shop* activities should operate (opening hours, free versus access via appointment, joint tools and databases, etc.).

SdS Pistoiese	Zona-distretto Piana di Lucca	Zona-distretto Livornese	SdS Grossetana
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Those already in use for <b>first-access services</b></li> <li>- Telephone services (every morning + afternoon, when the first-access services is open)</li> <li>- In person interviews (with basic multi-disciplinary teams)</li> <li>- <b>Joint assessment forms</b> so to share information</li> <li>- Intention of also accessing other databases</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- An appointment system is currently in use</li> <li>- It might help to have an <b>open-access services</b>. This option is under consideration</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Those already in use at <b>SEFA</b> (night shelter)</li> <li>- Wide range of working hours, including nights. Inability though to offer a 24h service</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Those that will be in use for the <b>Help Center</b> («community centre» logic)</li> <li>- <b>Widest working-hours-range possible</b> (every morning and at least one afternoon)</li> </ul>

## 7. Required resources

The following Table summarises the main requirements emerged from the dialogue with the four contexts of the study in regards to the use of available resources that should be directed to the *One Stop Shop*.

SdS Pistoiese	Zona-distretto Piana di Lucca	Zona-distretto Livornese	SdS Grossetana
Those from: <ul style="list-style-type: none"> <li>- RETICULATE pilot</li> <li>- Municipalities</li> <li>- Fondo povertà poverty fund)</li> <li>- PON Inclusione (PrIns)</li> <li>- FAMI-FASI</li> <li>- PNRR</li> </ul>	Those from: <ul style="list-style-type: none"> <li>- RETICULATE pilot</li> <li>- Other national and EU available resources</li> </ul>	Those from: <ul style="list-style-type: none"> <li>- RETICULATE pilot</li> <li>- Fondo povertà (poverty fund)</li> <li>- PON Inclusione (Avviso 4/2016, PrIns)</li> <li>- FEAD</li> <li>- PNRR</li> </ul>	Those from: <ul style="list-style-type: none"> <li>- RETICULATE pilot</li> <li>- Fondo povertà (poverty fund)</li> <li>- PON Inclusione (PrIns)</li> <li>- PNRR</li> </ul>

## 8. Pathway

What follows is the cross-sectional synthesis of the main requirements emerged from the dialogue with the four contexts of the study – and, in particular, from the participative workshops conducted by COeSO-Simurg Ricerche – in regards to the pathway that should be followed for implementing the *One Stop Shop*.

SdS Pistoiese	Zona-distretto Piana di Lucca	Zona-distretto Livornese	SdS Grossetana
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Starting from the first-access offices, enlarging spaces and make them more friendly and welcoming</li> <li>- Working on the OSS model starting from local expertise and building on strengths and weaknesses of current services</li> <li>- Develop informative material about current services, with details of service providers</li> <li>- Work on the development of more operational protocols. E.g. between social and employment services or between social services and SERD, UFSMA</li> <li>- Work on the development of a stable working table with local associations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Further implementing the already operating committees between Caritas and third sector actors</li> <li>- Further implementing and value current collaboration through co-production practices</li> <li>- Strengthen network nodes as well as network main features</li> <li>- Paying attention not to create duplication but rather making current experiences more settled</li> <li>- Enhancing exchanges between private and public actors on both practice and objectives</li> <li>- Mapping and monitoring of network activities</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reactivate working tables and exchange opportunities</li> <li>- Define basic guidelines starting from all services and local actors' experience</li> <li>- Managers should be involved and a pilot could be trialled</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informative campaigns to make the service known, both to Italians and migrants</li> <li>- Involving all services and actors currently working on poverty, homelessness and extreme deprivation issues. The aim is to further strengthen the already existing network.</li> </ul>

## 9. Main recommendations from the Scientific Committee

The cross-sectional analysis of the main findings emerged from the participative workshops conducted in the four contexts of the study brought to the following recommendations:

- The One Stop Shop should be an easily accessible, inclusive and non-isolated space, open to all citizens and, as such, a “place for the community”. This implies:
  - The possibility of **consulting** community services and community actors in order to identify priorities in terms of services' involvement in the One Stop Shop;
  - Considering to include different services at different times in the same place (information-desk, play area for children, coffee place, etc.);
  - The disposition of a spaces dedicated to young people;
  - An attention to the integration of social and health care services, including community care services.
- The One Stop Shop should be able to detect complex needs through multi-disciplinary teams of professionals. This implies:
  - A specific attention to specific target groups;
  - “Sentinel” workers operating at a local level;
  - Flexible multi-disciplinary teams but with a core structure;
  - Joint training and supervision for all the involved workers.
- The One Stop Shop should be a nice, warming and welcoming place, studied in detail also in terms of its furniture; so to convey a less stereotyped image of ‘services’.

To conclude, the One Stop Shop should be implemented – as per the Reticulate Scientific Committee recommendations – paying attention to:

- Urban and suburban areas (avoiding, for instance, to convey all complex needs situation to the city centre);
- Access barriers for different users' groups;
- The possible overloading of too many functions into one single service;
- The labels used;
- The mainstreaming of pilots into stable services;
- The already existing support solutions and services.

## D) Quattro casi studio territoriali

### SOCIETÀ DELLA SALUTE PISTOIESE

*Il presente caso studio è stato costruito a partire da un insieme di fonti secondarie e rilevazioni ad hoc. Tra le principali fonti secondarie consultate vi sono il Profilo di Salute 2021, contenente un ampio set di indicatori socio-demografici e sanitari a supporto della programmazione territoriale di Zone-distretto e Società della Salute in Toscana, documenti istituzionali (Convenzione di istituzione della SdS Pistoiese e relativo Statuto) e una serie di materiali raccolti dalla Comunità di Pratica sull'inclusione sociale in Regione Toscana, che negli ultimi due anni si è concentrata in particolare sulla presa in carico delle famiglie vulnerabili con minori e sull'integrazione tra servizi sociali e servizi per il lavoro. Il quadro di contesto e di governance così delineato è stato integrato con i dati raccolti mediante una survey, rivolta ai referenti delle Zone-distretto/SdS e dei Comuni dell'area di interesse, sullo stato dell'integrazione tra servizi pubblici e soggetti territoriali coinvolti nel sostegno alle vulnerabilità (aprile-maggio 2022). Tali informazioni sono state successivamente approfondite mediante interviste qualitative semi-strutturate (giugno 2022)<sup>14</sup>.*

#### **1. Contesto socio-economico**

La Società della Salute di Pistoia (SdS Pistoiese), insieme alla Zona Empolese Valdarno Valdelsa, Fiorentina Nord-Ovest, Firenze, Mugello, Pratese e Valdinievole, è collocata nel territorio dell'Azienda USL Toscana Centro e conta un totale di circa 171.800 abitanti. All'interno della SdS Pistoiese, composta da 9 Comuni (Abetone Cutigliano, San Marcello Piteglio, Sambuca Pistoiese – che costituiscono l'Unione di Comuni montani dell'Appennino Pistoiese – Agliana, Marliana, Montale, Pistoia, Quarrata e Serravalle Pistoiese), è presente una zona montana e un'area pianeggiante con al centro Pistoia, il Comune più popoloso con ruolo di capofila.

I dati contenuti nel Profilo di Salute relativo all'anno 2020<sup>15</sup> mettono in evidenza come nell'Area Pistoiese il tasso di natalità sia in linea con la media regionale (6,3%) e l'indice di vecchiaia (pari a 213,9) sia lievemente inferiore alla stessa (215,4). Gli stranieri iscritti all'anagrafe sono il 9%, dato leggermente più basso rispetto alla media regionale (10,7%), con concentrazioni maggiori nel quadrante metropolitano e numeri inferiori in quello montano.

Il reddito medio imponibile IRPEF per contribuente in Toscana è mediamente pari a 21.356 euro, che scende a 20.176 euro della zona di interesse. Tale dato è presumibilmente legato alle specificità della struttura produttiva territoriale, alle caratteristiche del mercato del lavoro locale e alla presenza di pensionati con redditi inferiori a quelli regionali. Il tasso delle pensioni sociali ed assegni sociali, che misura il possibile **disagio economico della popolazione anziana**, è infatti più alto (pari al 4,4%) della media regionale (3,6%). Nella Zona Pistoiese le famiglie che nel 2020 hanno chiesto un'integrazione economica a copertura del canone di locazione, indicatore che rileva una certa vulnerabilità sia economica che abitativa delle famiglie, sono l'11% del totale, in linea con il dato medio regionale dell'11,4%. Nello stesso anno, anche le famiglie che presentano

<sup>14</sup> In particolare, è stata condotta un'intervista qualitativa in profondità, il giorno 16-06-2022, con Gilda Corsini, *Coordinatrice dei Patti per l'Inclusione Sociale* per la SdS Pistoiese. Nel presente caso studio, presentiamo i dati raccolti da fonti primarie riferendoci in generale, salvo specificazioni, a coloro che hanno preso parte al questionario e alle interviste qualitative come agli "intervistati".

<sup>15</sup> Per approfondimenti si veda: [Indicatori di salute. Zona Pistoiese](#), 8 dicembre 2021.

un ISEE inferiore ai 6.000 euro risultano in linea con la media regionale (pari al 7%). Un ultimo indicatore esplicativo di una certa fragilità del contesto socio-economico della Zona riguarda il disagio lavorativo, e in particolare il “tasso grezzo di disoccupazione”, che mette in rapporto gli iscritti ai Centri per l’Impiego disponibili al lavoro con la popolazione in età attiva, che nel territorio di interesse è pari al 25,1%, contro il 22,8% regionale, ad indicare dunque **difficoltà occupazionali più marcate**.

## **2. Contesto di governance**

La SdS Pistoiese si costituisce nell’agosto 2010, mediante [convenzione](#), quale consorzio pubblico tra l’Azienda USL Toscana Centro e i Comuni di Abetone Cutigliano, Agliana, Marliana, Montale, Pistoia, Quarrata, Sambuca Pistoiese, San Marcello Piteglio e Serravalle Pistoiese. Dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia patrimoniale e gestionale, la SdS Pistoiese rappresenta la **struttura organizzativa volta all’esercizio integrato di funzioni di indirizzo, programmazione e governo delle attività socio-assistenziali, sociosanitarie e sanitarie territoriali**, nonché all’organizzazione e gestione del comparto sociosanitario, e quindi di tutte le attività sociosanitarie ad alta integrazione sanitaria, delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e delle attività di assistenza sociale individuate ai sensi degli indirizzi contenuti nel Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR).

La SdS Pistoiese persegue il fine di promuovere la salute e il benessere fisico, psichico e sociale dei cittadini, attraverso la realizzazione di programmi ed azioni definiti all’interno del Piano Integrato di Salute (PIS), che in Toscana costituisce lo strumento di programmazione integrata delle politiche sanitarie e sociali a livello di Zona-distretto. L’obiettivo prioritario è il miglioramento della salute e del benessere della popolazione, con particolare attenzione alle fasce più deboli, attraverso la promozione di attività di programmazione e di gestione integrata dei servizi.

La SdS Pistoiese si prefigge, infine, di promuovere, mediante forme di confronto sugli atti programmatici e di indirizzo, **la più ampia partecipazione possibile della cittadinanza e dei soggetti territoriali pubblici, privati e del privato sociale** coinvolti, a vario titolo, nelle attività socio-assistenziali e sociosanitarie.

Essa vede al proprio interno due istituti di partecipazione:

- il *Comitato di partecipazione*, che coinvolge i membri rappresentativi della comunità locale, rappresentanze dell’utenza dei servizi e dell’associazionismo di tutela;
- la *Consulta del Terzo settore*, che raccoglie le organizzazioni del volontariato e del Terzo settore erogatori di prestazioni.

Non è quindi un caso che i territori della SdS Pistoiese abbiano visto negli ultimi anni il succedersi di varie co-progettazioni con enti del Terzo settore, un tema che affronteremo nei prossimi paragrafi.

## **3. Contesto organizzativo**

La SdS Pistoiese gestisce in forma diretta tutte le attività relative al comparto sociosanitario – e quindi gli interventi relativi a non autosufficienza, disabilità e assistenza sociale previsti dal Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR) – **mediante il ricorso a un servizio sociosanitario integrato, composto dal personale amministrativo e professionale dei Comuni associati e dell’Azienda USL**. La SdS Pistoiese, in questo senso, rappresenta più una “sovra-struttura organizzativa” che una vera e propria organizzazione strutturata: con l’eccezione del Direttore – assunto da quest’ultima – **non possiede infatti personale proprio, che è invece assicurato dagli Enti consorziati**. Come rappresentato dagli intervistati, questa caratteristica

costituisce un fattore di criticità in quanto complice, spesso, della farraginosità del lavoro sui progetti a livello di Ambito territoriale.

Dire che la SdS Pistoiese gestisce in forma diretta tutte le attività sociosanitarie dell’Ambito non significa però che non siano comunque possibili collaborazioni esterne volte a soddisfare obiettivi determinati o esigenze di potenziamento dei servizi. Tali collaborazioni infatti esistono, ma si tratta appunto di collaborazioni e non di deleghe “totali”. Accade così che il personale necessario al funzionamento della SdS Pistoiese – che abbiamo visto essere assicurato prioritariamente dagli Enti consorziati – si integra col personale messo a disposizione dagli Enti esterni per quanto riguarda specifiche progettualità. In tal senso, un esempio emblematico è rappresentato dal Reddito di Cittadinanza: sul territorio pistoiese, **tutti gli interventi relativi al Reddito di Cittadinanza vengono infatti gestiti dalla SdS tramite una collaborazione col Terzo settore**. Si tratta di una collaborazione già attiva dai tempi del Reddito di Inclusione (REI) e potenziata poi col RdC. Nello specifico, la SdS Pistoiese ha affidato – tramite gara d’appalto – la gestione dei servizi a supporto del RdC, compreso il personale dedicato, ad un raggruppamento di Cooperative sociali che forniscono dunque assistenti sociali, educatori, psicologi e tutor di inclusione per la composizione delle équipes multidisciplinari. **La responsabilità di tali servizi rimane però in capo all’Ente pubblico, così come il coordinamento**: per esempio, il ruolo di coordinatore dei Patti per l’Inclusione Sociale (PaIS), che funge da raccordo tra il personale degli Enti consorziati e quello della Cooperativa, è svolto da un’operatrice assunta dal Comune di Pistoia.

È dunque tramite appalto ad un soggetto del Terzo settore che la SdS Pistoiese gestisce – detenendone la responsabilità - gli interventi relativi al Reddito di Cittadinanza di tutta la Zona, oltre che una parte di quelli relativi alla grave marginalità (PON Inclusione – Avviso 4). Ogni Comune presenta invece propri assistenti sociali e assistenti sociali della Azienda USL che lavorano sui territori all’interno delle diverse aree, tra cui l’area povertà ed inclusione sociale – focus di questo studio. In particolare, tra le misure di contrasto alla povertà gestite dai singoli Comuni della SdS, rientrano:

- **attività di assistenza economica**, quali erogazione di contributi economici ad integrazione del reddito, contributi di sostegno alle spese di locazione, buoni spesa, pacchi alimentari, empori sociali;
- **attività di segretariato sociale, presa in carico ed inclusione**, quali realizzazione di progetti di sostegno all’autonomia, attivazione di tirocini di inclusione per persone vulnerabili, sportelli di ascolto, servizi di supporto ai cittadini migranti.

Come riportato dettagliatamente di seguito, gli operatori “esterni” – forniti cioè dal Terzo settore, e attivi sul Reddito di Cittadinanza – sono in totale 19, di cui 9 assistenti sociali<sup>16</sup>; quelli invece dedicati ai servizi di contrasto alla povertà all’interno dei singoli Comuni del territorio – ad esclusione del segretariato sociale – sono 35, di cui 23 assistenti sociali. Il personale dedicato al Reddito di Cittadinanza lavora “fisicamente” nelle sedi della Cooperativa appaltata, ma comunque in stretto contattato coi servizi sociali territoriali. Numerose sono infatti le occasioni di scambio e confronto: riunioni di coordinamento e di servizio, formazioni congiunte e lavoro in équipes. Inoltre, il personale RdC condivide le stesse risorse e gli stessi strumenti del servizio sociale territoriale, altro elemento importante di integrazione a livello organizzativo.

OPERATORI DEDICATI AL REDDITO DI CITTADINANZA			
Figura professionale	Ruolo organizzativo	N. operatori (per figura professionale)	Totale ore settimanali lavorate (per operatore)
Assistente sociale	Responsabile	1	tra 20 e 30
Assistente sociale	<i>Case manager</i>	9	tra 20 e 30

<sup>16</sup> Il Responsabile non è “esterno” ma assunto da uno degli Enti consorziati.

Educatore	-	3	tra 20 e 30
Amministrativo + coordinatore di progetto	-	2	più di 30
Tutor per l'inclusione sociale	-	4	tra 20 e 30
Psicologo	-	1	più di 30
<b>TOTALE</b>		<b>20</b>	

<b>OPERATORI DEDICATI AL CONTRASTO ALLA POVERTÀ</b>			
<b>Figura professionale</b>	<b>Ruolo organizzativo</b>	<b>N. operatori (per figura professionale)</b>	<b>Totale ore settimanali lavorate (per operatore)</b>
Assistente sociale	Responsabile	1	tra 10 e 20
Assistente sociale	<i>Case manager</i>	16	3 (tra 0 e 10) 6 (tra 10 e 20) 7 (più di 30)
Psicologo	-	2	1 (tra 0 e 10) 1 (tra 10 e 20)
Educatore	-	3	tra 20 e 30
Tutor per l'inclusione sociale	-	1	tra 0 e 10
Tutor per integrazione e supporto familiare	<i>Case manager</i>	1	tra 0 e 10
Assistente di base per strutture accoglienza	-	1	tra 10 e 20
Operatore supporto alla cittadinanza	-	2	tra 20 e 30
Operatore sportello migranti	-	1	tra 0 e 10
Amministrativo	Responsabile	1	tra 10 e 20
Amministrativo	-	6	1 (tra 0 e 10) 4 (tra 10 e 20) 1 (più di 30)
<b>TOTALE</b>		<b>35</b>	

Gli intervistati non ravvisano una sotto-dotazione di organico a livello di Ambito, ritenendo dunque adeguata la forza lavoro messa in campo per rispondere ai bisogni di persone e famiglie vulnerabili. Diversa è invece la situazione relativa all'area "Contrasto alla povertà" di alcuni Comuni della SdS: a Montale, Quarrata e Agliana viene infatti rilevata una sotto-dotazione di organico, relativa tanto alla componente sociale quanto a quella amministrativa. In particolare nel Comune di Quarrata viene segnalata l'assenza di una figura di assistente sociale specificatamente dedicata ai progetti di inclusione sociale.

In base a quanto rilevato dalla survey, i nuclei familiari attualmente in carico all'area "**Reddito di Cittadinanza**" della SdS Pistoiese sono in totale 509, di cui 124 famiglie con minori (24,4%), 373 coppie con o senza membri aggregati maggiorenni (73,3%) e 12 senza dimora (2,4%). Tra questi, le persone e famiglie di origine straniera sono poco meno di un quarto (20%). Le nuove prese in carico, ossia situazioni mai rivolte prima ai servizi o assenti dal circuito degli stessi da almeno 10 anni, sono la grande maggioranza dei casi (90%). Le prese in carico complesse, che associano più bisogni, rappresentano invece oltre la metà delle situazioni (60%). Rispetto ai beneficiari di Reddito di Cittadinanza, le tre tipologie prevalenti di bisogno, emerse in sede di valutazione del bisogno del nucleo, sono rappresentate da:

- sostegno al reddito;
- accoglienza/integrazione;
- lavoro/occupazione.

Per quanto riguarda la grave emarginazione, i bisogni prevalenti a cui i servizi sono chiamati a dare risposta, anche attraverso unità di strada e mense sociali, risultano essere:

- sostegno al reddito;
- presa in carico/integrazione sociale;
- distribuzione beni materiali.

Rispetto al target relativo alle **famiglie vulnerabili con bisogni complessi**, la presa in carico del servizio sociale avviene:

- nel 40% dei casi in modo integrato con i soli servizi per il lavoro;
- nel 10% con i soli servizi sanitari e sociosanitari specialistici;
- nel restante 30% in modo integrato da più servizi contemporaneamente.

Differente è la situazione relativa ai **casi di grave marginalità adulta/senza dimora**:

- nel 40% dei casi la presa in carico avviene in modo integrato con i soli servizi per l'abitare;
- nel 30% con i soli servizi sanitari e sociosanitari specialistici;
- nel 10% con i soli servizi per il lavoro;
- nel restante 10% casi in modo integrato da più servizi.

Queste percentuali verranno approfondite nei prossimi paragrafi, dedicati all'analisi dello stato di integrazione tra il servizio sociale e gli servizi pubblici territoriali.

I beneficiari attualmente in carico all'area "**Contrasto alla povertà**" del territorio pistoiense, ossia quell'area impegnata nell'assistenza economica comunale e nell'inclusione sociale delle famiglie e degli adulti in difficoltà, sono complessivamente 1.415, di cui 683 famiglie con minori (48,3%), 675 coppie con o senza membri aggregati maggiorenni (47,7%) e 80 persone senza dimora (5,7%). A questi si aggiungono 77 situazioni (5,4%) di persone con disabilità o adulti soli. Le persone e famiglie di origine straniera rappresentano mediamente un quarto del totale. Le nuove prese in carico sono in media circa il 30%, ad indicare che la maggior parte dei casi sono situazioni già conosciute o prese in carico dai servizi; mentre per oltre il 72% delle situazioni si tratta di prese in carico complesse. In quasi il 38% dei beneficiari la presa in carico del servizio sociale avviene in modo integrato mediante in coinvolgimento di più servizi contemporaneamente. Come rappresentato dagli intervistati, negli ultimi anni **un problema emergente sul territorio è rappresentato dall'abitazione**, non solo per persone o famiglie in situazione di marginalità estrema/senza dimora, ma anche per nuclei fragili che faticano sempre più a trovare collocazione sul mercato immobiliare privato.

#### **4. Integrazione professionale e gestionale**

Complessivamente, è possibile affermare l'esistenza di **pratiche radicate di collaborazione** e quindi, almeno in parte, anche di integrazione tra i diversi servizi di contrasto alla povertà operanti sul territorio di riferimento della SdS Pistoiese. L'**integrazione è attiva soprattutto tra servizi sociali** – soprattutto per quanto riguarda le misure gestite a livello di Ambito territoriale, come il Reddito di Cittadinanza – **e servizi per il lavoro, servizi per l'abitare e servizi gestiti dal Terzo settore** tramite appalti o co-progettazioni.

Particolarmente sviluppato risulta inoltre il lavoro in équipe sui territori, grazie anche alla **presenza di équipe stabili all'interno del servizio sociale** e in relazione a diverse aree di intervento. Di seguito i tre casi più emblematici:

- **équipe RdC**: si tratta di équipe multidisciplinari che si ritrovano con cadenza settimanale (di fatto esistono due équipe RdC stabili che coprono territori diversi e che si incontrano, rispettivamente e in modo alternato, una volta ogni due settimane), con modalità di lavoro sia in presenza che a distanza e caratterizzate da una composizione piuttosto stabile, salvo alcuni casi particolari che richiedono di aprire le équipe a professionisti specifici. Partecipano regolarmente il coordinatore dei PaIS, l'assistente sociale *case manager*, un operatore del Centro per l'Impiego (Cpl), un operatore della Caritas, lo psicologo e l'educatore; possono poi aggiungersi, a seconda del bisogno, il tutor, l'assistente sociale territoriale, operatori dei servizi specialistici o più raramente della scuola. Benché venga privilegiata la partecipazione dei beneficiari, le riunioni di équipe possono svolgersi – a seconda dei casi – anche in loro assenza;
- **équipe Teams**: si tratta di équipe, attivate sulla base di specifiche progettualità, dedicate all'accoglienza e presa in carico di soggetti migranti, che vedono la collaborazione tra servizi sociali territoriali, Cpl e Terzo settore;
- **équipe Tutela Minori**: si tratta di équipe multidisciplinari – consolidate anche grazie alla partecipazione continuativa ai Programmi P.I.P.P.I. (Programmi di Intervento per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione) – che vedono una collaborazione stabile tra assistenti sociali, psicologi, educatori, famiglie e qualunque altra figura ritenuta pertinente al supporto delle famiglie fragili, a seconda delle situazioni.

Esistono poi modalità di lavoro molto affini al lavoro in équipe anche all'interno di altre aree del servizio sociale, come per esempio nel caso del **segretariato sociale**, che vede la presenza di diverse figure all'interno dello stesso servizio – dagli assistenti sociali agli educatori, dai mediatori culturali ai tutor di inclusione e, recentemente, anche di rete<sup>17</sup>. Si tratta comunque, in tutti questi casi, di équipe interne al servizio sociale, assicurate da risorse proprie dei servizi e proprio per questo più facili da attivare.

**Più faticosa è invece l'integrazione con i servizi sociosanitari.** Gli intervistati hanno messo in luce come nella SdS esista ancora una distinzione piuttosto netta – in termini sia di ruoli che di target e luoghi di lavoro – tra assistenti sociali comunali e assistenti sociali dell'Azienda USL. I secondi, per esempio, si occupano di anziani non autosufficienti e disabilità grave; mentre sono gli assistenti sociali dei Comuni ad occuparsi di anziani autosufficienti o solo parzialmente non autosufficienti e di persone con disabilità non grave. Queste "categorizzazioni" di stampo organizzativo non facilitano la collaborazione operativa tra servizi ma, al contrario, rischiano di limitare e circoscrivere le opportunità di collaborazione tra servizi e di contaminazione reciproca. Un altro esempio, oltre a quelli già richiamati, riguarda le Unità di valutazione multidimensionali (UVM) per anziani non autosufficienti e per persone con disabilità (UVMD), a cui partecipano prevalentemente gli assistenti sociali della USL, con un raro coinvolgimento di quelli comunali. In questo senso, la già citata **assenza di una vera e propria struttura organizzativa della SdS**, con personale proprio, piuttosto che personale assicurato dagli Enti consorziati (Comuni e USL), **non facilita né incentiva prassi di lavoro integrato** tra servizi.

#### **4.1 Interna all'area povertà**

Sul territorio pistoiese esistono **pratiche integrate di lavoro tra i servizi sociali dei Comuni** – che si occupano del contrasto alla povertà principalmente mediante interventi di assistenza economica e interventi di inclusione sociale – e la **SdS, che gestisce il Reddito di Cittadinanza e parte degli interventi contro la grave**

---

<sup>17</sup> La figura del **tutor di rete** è recentemente stata introdotta all'interno del segretariato sociale con l'obiettivo di facilitare la conoscenza della rete tra i professionisti di tutto il servizio sociale. Il lavoro del tutor di rete comprende infatti sia la "mappatura" delle risorse del territorio sia la loro "condivisione" col segretariato e i servizi sociali territoriali; per rendere le risorse della rete più accessibili a tutti.

**marginalità. L'integrazione tra questi due livelli di servizio è favorita dalla presenza ormai stabile di équipe RdC**, in quanto queste ultime hanno incentivato pratiche collaborative tra professionisti diversi (sia per Ente di appartenenza che per mansioni e responsabilità) e su più fasi della presa in carico: dalla segnalazione del caso alla valutazione del bisogno, dalla progettazione personalizzata alla verifica e monitoraggio delle progettazioni.

A livello di interventi di contrasto alla povertà attivati dai Comuni, esistono invece **marcate differenze territoriali**. In particolare, Pistoia – il Comune più popoloso della Zona e anche quello con dotazioni di personale maggiori – può fare affidamento su un team “dedicato”, composto da 4 assistenti sociali che, seppure senza far parte di un'équipe stabile, lavorano in collaborazione con altre figure professionali dedicate all'inclusione sociale: 3 educatori, un tutor per l'inclusione sociale-lavorativa-abitativa, uno psicologo e un assistente di base per la gestione di strutture di accoglienza<sup>18</sup>. Nonostante le caratteristiche geografiche poco favorevoli, risulta interessante anche il caso dell'Unione dei Comuni montani dell'Appennino Pistoiese, dove esiste una collaborazione, seppur parziale, tra i diversi operatori del servizio sociale. Questa coinvolge, oltre a 3 assistenti sociali *case manager* e un responsabile, anche uno psicologo, 2 operatori itineranti di supporto alla cittadinanza ed un operatore dello sportello migranti. Negli altri Comuni, in particolare nei più piccoli, invece gli assistenti sociali lavorano solitamente a cavallo tra più aree (contrasto alla povertà, minori, anziani, disabilità) ed essenzialmente da soli. Comuni come Marliana e Agliana – 3.155 abitanti il primo e 18.112 il secondo – possono per esempio contare su un solo assistente sociale *case manager* attivo sui rispettivi territori.

#### **4.2 Con i servizi per il lavoro**

A livello di SdS, in particolare per quanto riguarda il Reddito di Cittadinanza, **il rapporto di collaborazione coi Centri per l'Impiego è piuttosto antico**: nasce con il Sostegno per l'Inclusione Attiva (SIA) e il Reddito di Inclusione (REI), anche se è stato **notevolmente rafforzato dall'introduzione del Reddito di Cittadinanza**, soprattutto in termini di disponibilità di figure professionali. Dalle parole di un nostro intervistato: *“Col RdC sicuramente l'équipe si è rafforzata molto. Però l'équipe minima di base del servizio sociale e del Cpl era già in essere. Sicché c'è stata continuità. Poi col RdC il Cpl è stato chiamato in prima persona ad attivarsi, per il lavoro su casi da condividere, o per le segnalazioni per i Progetti Utili alla Collettività”*.

L'abbiamo già visto ma è bene ribadirlo: un operatore del Centro per l'Impiego partecipa regolarmente all'équipe RdC nelle diverse fasi della presa in carico, dalla segnalazione al monitoraggio degli interventi, passando per la valutazione e progettazione degli stessi. La collaborazione tra gli operatori dei due servizi avviene però anche nel lavoro sui casi, per esempio riguardo alle decisioni di trasferimento degli utenti da un servizio all'altro. Quest'ultimo avviene attraverso i sistemi operativi GePI e MyAnpal – che, come vedremo nel Box 1 dedicato alla presa in carico integrata dei beneficiari di Reddito di Cittadinanza, non sempre sono privi di criticità – spesso con il supporto extra-piattaforme di file Excel e schede Word contenenti informazioni più snelle ma fondamentali per la presa in carico.

Se si guarda invece il livello Comunale, **le differenze territoriali risultano decisamente marcate**. Non tutti i servizi sociali comunali intrattengono infatti rapporti stabili coi Cpl, al di fuori delle occasioni di équipe RdC. E anche laddove questo avviene, si tratta di rapporti per lo più informali, pur essendo nella maggior parte dei casi radicati da oltre 10 anni. È il caso di Pistoia, Agliana e Quarrata dove, al bisogno, i due servizi si incontrano online o in presenza, oltre a mantenere i contatti tramite telefono o e-mail. L'Unione dei Comuni montani

<sup>18</sup> A Pistoia sono presenti un Albergo Popolare, oltre che strutture di accoglienza temporanea per adulti e nuclei familiari, donne e minori, e neomaggiorenni.

dell'Appennino Pistoiese non ha invece alcun rapporto coi Cpl a causa della mancanza sui territori di precisi riferimenti.

In generale, a detta degli intervistati, le modalità prevalenti di rafforzamento della collaborazione tra servizi sociali e Cpl riguarderebbero: la redazione di protocolli e regolamenti condivisi, la possibilità di partecipare a formazioni congiunte, l'aumento delle occasioni informali di confronto, anche attraverso Comunità di pratiche. Nei territori più piccoli, viene inoltre segnalata la vicinanza degli uffici e la presenza di spazi di lavoro condivisi, quali variabili favorevoli all'integrazione tra i due servizi.

#### **4.3 Con i servizi sociosanitari**

Per quanto riguarda l'integrazione coi servizi sociosanitari, la definizione e attuazione di **prassi di lavoro integrate e rapporti stabili di collaborazione sono piuttosto limitate e faticose**. I servizi sociali – sia a livello di Comune che di Ambito – e i servizi sociosanitari mantengono infatti logiche di funzionamento distinte e attuano la **presa in carico multiprofessionale attraverso modalità diverse e categoriali**: i servizi sociali ricorrono alle équipe RdC, mentre quelli sociosanitari alle UVM anziani e UVMD disabili, i servizi specialistici come Ufsma, Ufsmia e Serd sono strutturati in équipe interne.

Nella maggior parte dei Comuni, i rapporti tra i due servizi vengono mantenuti, al bisogno, attraverso contatti telefonici ed e-mail. Alcuni Comuni segnalano anche incontri periodici in presenza, come Pistoia, Serravalle Pistoiese e Montale, mentre altri – Marliana ed Agliana in particolare – denunciano l'assenza totale di rapporti. Pistoia, Quarrata e l'Unione dei Comuni montani dell'Appennino Pistoiese segnalano invece la presenza di strumenti professionali condivisi, quali modulistica di pre-assessment e di passaggio di casi tra servizi, e l'utilizzo di database condivisi, che però non sembrerebbero essere sufficienti ad attuare pratiche di presa in carico realmente integrate.

I servizi sociosanitari con i quali l'area povertà si interfaccia più frequentemente sono: Ufsmia (Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia e Adolescenza), Serd (Servizi per le Dipendenze patologiche) e SM (Salute Mentale) adulti. Al di là di casi particolari (per esempio in situazioni di tutela, dove la presenza dell'Ufsmia è richiesta dal Tribunale), **sono proprio l'esistenza di regole e protocolli troppo rigidi dei servizi sociosanitari a rappresentare una barriera per l'integrazione**. Ancora dalle parole di un nostro intervistato: *“Non è tanto un problema di rapporti personali, che esistono e quando si cercano si riesce anche a parlare e a confrontarsi. È proprio un problema di organizzazione, di carichi di lavoro, di regole [...] e la parte sanitaria spesso prevale sulla parte sociale. Ad esempio, le colleghe della SM adulti, non sono loro che decidono la presa in carico sociale, è il medico. Alcuni casi sono seguiti solo dal medico [...] e se i casi sono seguiti solo dal medico, diventa praticamente impossibile coinvolgere il servizio specialistico nell'équipe. Se sono seguiti dall'assistente sociale invece può succedere...”*.

Come vedremo più avanti, per lo stesso motivo diventa pressoché impossibile l'uscita D in esito all'analisi preliminare, secondo quanto previsto dalle linee guida ministeriali per la presa in carico dei beneficiari di Reddito di Cittadinanza, e dunque l'invio del nucleo ai servizi specialistici.

**Un altro ostacolo all'integrazione**, riportato dai nostri intervistati con riferimento alla collaborazione con il Serd, **è costituito dalla privacy**. In nome della privacy, sono regolarmente impediti sia il coinvolgimento degli operatori del Serd nelle équipe, sia lo scambio di informazioni, a meno che non siano gli utenti stessi a consentire la collaborazione del Serd col servizio sociale, tramite liberatoria. Per questo motivo si è **recentemente aperto un tavolo di lavoro tra i due servizi, al fine redigere un protocollo di lavoro congiunto finalizzato a favorire prassi operative integrate**, sollevando la collaborazione dal dover essere ogni volta (ri)negoziata dai singoli operatori del servizio sociale e per tramite degli utenti stessi.

La definizione di protocolli e regolamenti condivisi viene richiamata da tutti i Comuni, nonché dall'SdS, quale azione fondamentale per rafforzare la collaborazione tra servizi. Tra le altre azioni segnalate: la prossimità degli uffici, la presenza di spazi di lavoro condivisi, le formazioni congiunte ed una migliore condivisione ed interoperabilità dei sistemi informativi.

#### **4.4 Con altri servizi pubblici territoriali**

Con l'eccezione dell'Unione dei Comuni montani dell'Appennino Pistoiese, che riporta l'assenza totale di procedure e prassi condivise di lavoro tra servizio sociale e altri servizi pubblici territoriali (diversi da quelli analizzati appena sopra), tutti gli altri Comuni segnalano l'esistenza di rapporti o coi servizi educativi (Serravalle Pistoiese, Marliana, Quarrata) o coi servizi per l'abitare (Montale, Agliana), nel caso di Pistoia con entrambi. Per quanto riguarda i servizi educativi si tratta per lo più di rapporti informali, mentre nel caso dei servizi per l'abitare si fa riferimento a progettualità, comunali o sovra-comunali, quali il co-housing e l'assistenza temporanea.

Di seguito due esempi dal Comune di Pistoia:

- **con i servizi educativi** la collaborazione esiste da molti anni, riguarda per lo più la segnalazione reciproca tra servizi ed avviene prevalentemente a livello informale tra operatori, anche se è facilitata dall'esistenza di una modulistica condivisa per la segnalazione: ad esempio il servizio sociale può segnalare minori in carico con punteggio di priorità per l'inserimento nei servizi educativi, oppure segnalare famiglie con disagio economico per la concessione dell'esonero del pagamento della retta;
- **con i servizi per l'abitare** la collaborazione è facilitata dal fatto che l'Ufficio Casa è fisicamente collocato all'interno al servizio sociale. Esiste inoltre una collaborazione con la SPES (ente gestore dell'edilizia popolare).

#### **4.5 Integrazione comunitaria**

Nella SdS Pistoiese, i soggetti territoriali con i quali si sono instaurate le collaborazioni più significative e consolidate sono associazioni di volontariato, cooperative sociali, fondazioni di origine bancaria e non. In particolare **esiste un protocollo che regola i rapporti tra SdS e Caritas**, mentre con le altre associazioni le collaborazioni sono informali. I soggetti del privato sociale partecipano all'équipe per la valutazione del bisogno nell'ambito del Reddito di Cittadinanza e si incontrano periodicamente, sia online che in presenza, spesso con cadenza settimanale.

Presso il Comune di Pistoia – dove è presente un associazionismo molto forte – è **in fase di progettazione un tavolo di lavoro con le associazioni che si occupano di marginalità**; mentre già sono attivi appalti o co-progettazioni con cooperative che gestiscono i servizi. Il Comune sostiene inoltre la Caritas per servizi quali la mensa (Mensa Don Siro Butelli). Presso il Comune di Serravalle Pistoiese sono attive anche collaborazioni con associazioni sportive, mentre a Quarrata è attivo un percorso di co-progettazione per la gestione dell'Emporio sociale, al quale partecipano, oltre al Comune, associazioni ed enti del territorio (la gestione del servizio è stata confermata fino al 31 dicembre 2024). Il Comune di Agliana dichiara interlocuzioni anche con associazioni datoriali/di categoria ed imprese, anche se allo stato attuale non sono vi sono progettazioni in corso. A seconda dei territori le interlocuzioni sono più o meno antiche, e avvengono al bisogno, oppure con una periodicità bisettimanale o mensile; i contatti sono telefonici o via e-mail, ma vengono realizzati anche incontri in presenza e tavoli partecipati, come nel caso segnalato dall'Unione di Comuni montani dell'Appennino Pistoiese.

Infine, tutti i Comuni dell'Area Pistoiese concordano sulla necessità di avviare azioni per rafforzare le collaborazioni, in particolare attraverso: formazioni e supervisioni congiunte, protocolli/regolamenti condivisi, scambio di pratiche, spazi di lavoro condivisi, condivisione e interoperabilità del sistema dati (anche se in parte già esiste una condivisione con Caritas della banca dati del servizio sociale del Comune di Pistoia).

#### **Box 1 - Presa in carico integrata dei beneficiari di Reddito di Cittadinanza**

La coordinatrice dei PaIS controlla regolarmente GePI e, al comparire di nuovi casi in piattaforma, li assegna agli assistenti sociali del team RdC che lavorano, distribuiti in base al numero dei beneficiari su tutto il territorio della SdS Pistoiese. È poi compito degli assistenti sociali contattare i nuclei loro allocati: prima telefonicamente, poi eventualmente tramite sms e, ed in ultima istanza tramite raccomandata, come previsto dalle linee guida ministeriali. Con l'esclusione dei casi di inadempienza segnalati all'INPS, il processo di presa in carico si svolge nel seguente modo: una volta avvenuto il contatto col beneficiario di RdC, viene fissata una data per il primo colloquio e solitamente, già in occasione dello stesso, viene compilata l'Analisi preliminare, caricata successivamente su GePI. L'assistente sociale *case manager* decide così quale dei diversi possibili percorsi attivare. Nella realtà operativa, delle quattro<sup>19</sup> possibilità previste dalle linee guida ministeriali, solo le prime tre risultano effettivamente attivabili nel territorio della Zona Pistoiese, mentre l'esito D è possibile soltanto per cittadini già in carico ai servizi specialistici:

- il Patto per il Lavoro: l'assistente sociale trasferisce il caso da GePI a MyAnpal. Può accadere che vi siano ritardi nel trasferimento dei casi su piattaforma; solitamente però il collegamento funziona e, in ogni caso, raramente il trasferimento avviene solo telematicamente (solitamente, infatti, l'assistente sociale anticipa il trasferimento del caso via e-mail, esprimendo il proprio giudizio professionale, e il referente del Cpl approva l'assegnazione al proprio servizio prima che il caso venga chiuso dal servizio sociale);
- il PaIS semplificato: il progetto viene concordato col beneficiario RdC e redatto direttamente dall'assistente sociale *case manager*. Questo avviene in tutte quelle situazioni non troppo complesse e nelle quali l'assistente sociale, da solo, riesce ad effettuare una lettura del bisogno e a concordare col beneficiario gli interventi e gli obiettivi da raggiungere. A livello di SdS esiste un "**Catalogo delle Opportunità**", che comprende il complesso degli interventi accessibili a tutti i Comuni (educativa domiciliare, attività di gruppo, laboratori occupazionali...). Ogni Comune può avere poi interventi ulteriori attivabili sui propri territori di riferimento;
- il PaIS complesso: generalmente gli assistenti sociali segnalano i casi da discutere al coordinatore dei PaIS, che li condivide coi membri dell'équipe prima della sua riunione che, come abbiamo visto più sopra, avviene con cadenza settimanale (ogni giovedì). Il lavoro d'équipe copre così tutte le fasi della presa in carico: segnalazione, valutazione, progettazione personalizzata, verifica e monitoraggio.

Come evidenziato dagli intervistati, nel percorso di presa in carico, l'unico scostamento dalle linee guida ministeriali riguarda le tempistiche: risulta difficile infatti rispettare il termine di 30 giorni dal riconoscimento del beneficio per il completamento dell'Analisi preliminare, e ancora di più il rispetto dei 20 giorni lavorativi per la stipula del PaIS in seguito all'Analisi preliminare. Rispetto ai possibili percorsi viene evidenziata una **netta prevalenza dei PaIS semplici** su quelli complessi, anche per via della necessità di accelerare e snellire i processi di presa in carico.

Di seguito riportiamo i principali punti di forza e le principali criticità riscontrate sul territorio pistoiese per quanto riguarda la presa in carico di beneficiari RdC.

#### Punti di forza:

- Buon funzionamento delle équipe, che godono di una certa stabilità (anche se non riguardano la maggioranza delle situazioni RdC);
- Possibilità di attivare tutti gli interventi previsti dal "Catalogo delle Opportunità" della SdS, anche in assenza di équipe e su tutte le situazioni di RdC, indipendentemente dai Comuni di residenza dei beneficiari.

#### Criticità:

- Eccessiva **rigidità della piattaforma GePI** in termini di possibilità di informazioni visualizzate: ad ogni *ruolo* vengono assegnate tipologie di *accesso* differenti. Ad esempio, solo i *case manager* possono monitorare l'evolversi delle situazioni; il coordinatore dei PaIS può invece assegnare i casi, ma non verificare cosa succede nel tempo agli stessi né estrapolare dalla piattaforma dati aggregati descrittivi riguardanti i nuclei in carico, dovendo quindi rinunciare a monitorare le prese in carico e i carichi di lavoro tramite GePI. Vengono infatti utilizzati a tal fine fogli di lavoro Excel, extra-piattaforma, anche se più laboriosi;

<sup>19</sup> A) invio al Centro per l'Impiego e sottoscrizione del Patto per il lavoro; B) attivazione del servizio sociale e sottoscrizione del PaIS semplificato; C) attivazione équipe multidisciplinare e sottoscrizione del PaIS complesso; D) invio al servizio specialistico per progettazione specifica.

- **Mancata realizzazione della presa in carico specialistica, con l'eccezione di quelle situazioni già in carico ai servizi specialistici** per le quali può capitare che venga convocata l'équipe. Tale esito non avviene però mai in termini di "invio" di nuovi casi perché, sebbene la legge dica che tale invio sia possibile, le pratiche organizzative dei servizi specialistici rendono tale esito non perseguibile nei fatti.

## **5. Conclusioni, tra punti di forza e debolezza, attenzioni e prospettive di sviluppo**

Concludiamo segnalando tre punti di attenzione relativi allo stato dell'integrazione nell'ambito dei servizi di contrasto alla povertà sui territori dell'Area Pistoiese:

- **il lavoro in équipe è una pratica consolidata nei servizi sociali e avviene secondo modalità stabili e regolari**, soprattutto per quanto riguarda le progettualità gestite a livello di Ambito territoriale. Inoltre, con l'esclusione dei piccoli Comuni, il servizio sociale può contare su dotazioni di organico generalmente miste (assistenti sociali, psicologi, educatori, tutor, mediatori), elemento che sicuramente facilita l'integrazione e l'approccio multi-professionale alla presa in carico sociale;
- Nelle équipes RdC è ormai consolidata anche la collaborazione coi Cpl e il Terzo Settore mentre risulta ancora faticosa quella coi servizi socio-sanitari; la partecipazione di questi ultimi nelle équipes RdC è infatti sporadica. La **presenza di équipes diverse, per target di utenza, all'interno dei due servizi** (équipe RdC da un lato e UVM/UVMD dall'altro) in questo caso non sembra facilitare l'integrazione effettiva tra i due servizi: la tendenza è infatti quella per cui i singoli servizi realizzano l'integrazione al loro interno, sui propri target di utenza e grazie a dotazioni proprie di personale misto (es: assistenti sociali, psicologi, educatori), rischiando però così di far passare in secondo piano un'effettiva collaborazione tra servizi sociali e servizi socio-sanitari là dove necessaria;
- soprattutto a livello di servizio sociale comunale, la **realizzazione dell'integrazione con i diversi servizi che operano sul territorio, pubblici ma non solo, registra una grande variabilità territoriale**, tuttavia c'è un generale accordo sulle azioni che potrebbero rafforzare tali rapporti: dalla presenza di protocolli e regolamenti condivisi, allo scambio informale di pratiche, dall'organizzazione di supervisione congiunta per i professionisti alla condivisione ed interoperabilità dei sistemi dati.

## ZONA-DISTRETTO DELLA PIANA DI LUCCA

*Il presente caso studio è stato costruito a partire da un insieme di fonti secondarie e rilevazioni ad hoc. Tra le principali fonti secondarie consultate vi sono il Profilo di Salute 2021, contenente un ampio set di indicatori socio-demografici e sanitari a supporto della programmazione territoriale di Zona-distretto e Società della Salute in Toscana, documenti istituzionali della Zona-distretto (Convenzione sociosanitaria, Atto di indirizzo della Conferenza Zonale dei Sindaci, Protocolli d'intesa con i servizi sociosanitari e con alcuni soggetti del Terzo settore) e una serie di materiali raccolti dalla Comunità di Pratica sull'inclusione sociale in Regione Toscana, che negli ultimi due anni si è concentrata in particolare sulla presa in carico delle famiglie vulnerabili con minori e sull'integrazione tra servizi sociali e servizi per il lavoro. Il quadro di contesto e di governance così delineato è stato integrato con i dati raccolti mediante una survey, rivolta ai referenti delle Zone-distretto/SdS e dei Comuni dell'area di interesse, relativa allo stato dell'integrazione tra servizi pubblici e soggetti territoriali coinvolti nel sostegno alle vulnerabilità (aprile-maggio 2022). Tali informazioni sono state successivamente approfondite mediante interviste qualitative semi-strutturate<sup>20</sup> (giugno 2022).*

### 1. Contesto socio-economico

La Zona-distretto della Piana di Lucca, insieme a quella Apuana, Lunigiana, Valle del Serchio, Versilia, Pisana, Alta Val di Cecina e Valdera, Livornese, Valli Etrusche ed Elbana, è collocata nel territorio dell'Azienda USL Toscana Nord-Ovest e conta un totale di circa 169.000 abitanti. È costituita da 7 Comuni: Lucca – il più grande e attuale capofila, Capannori – il secondo per numero di abitanti, Altopascio, Porcari, Pescaglia, Montecarlo e Villa Basilica, di piccole dimensioni. I Comuni di Pescaglia e Villa Basilica sono collocati in zone montuose poco popolate; il Comune collinare di Montecarlo presenta un tenore di vita piuttosto elevato.

I dati contenuti nel Profilo di Salute relativo all'anno 2020<sup>21</sup> mettono in evidenza come il tasso di natalità del territorio (pari al 6,9%) sia sensibilmente più elevato rispetto alla media regionale (6,3%) e l'indice di vecchiaia (pari a 196,2) sia nettamente inferiore alla stessa (215,4), ad indicare una **popolazione tendenzialmente più giovane** rispetto alla media regionale. Gli stranieri iscritti all'anagrafe sono il 9,8%, dato di poco inferiore alla media regionale (10,7%).

Il reddito medio imponibile IRPEF per contribuente in Toscana è mediamente pari a 21.356 euro, che sale a 21.841 euro della zona di interesse, ma comunque in linea. Anche il tasso delle pensioni sociali ed assegni sociali, che misura le possibili difficoltà economiche della popolazione anziana, è in linea con il valore medio regionale (pari rispettivamente al 3,7% e al 3,6%). Nella Piana di Lucca le famiglie che nel 2020 hanno chiesto un'integrazione economica per il canone di locazione, indicatore che rileva una certa **vulnerabilità sia economica che abitativa delle famiglie**, sono il 17,9% del totale – il dato più elevato all'interno del territorio dell'Azienda USL Nord-Ovest e nettamente superiore al medio regionale (11,4%). Nello stesso anno le famiglie che invece presentano un ISEE inferiore ai 6.000 euro presentano tutto sommato un'incidenza (7,6%) di poco superiore alla media regionale (7%). Un ultimo indicatore esplicativo di una certa fragilità del contesto

<sup>20</sup> In particolare, sono state condotte due interviste qualitative in profondità:

- la prima, il giorno 15-06-2022, con Dania D'Olivo, *Responsabile Ufficio Promozione Sociale* del Comune di Capannori, e Sabrina Esposito, *Coordinatore tecnico interventi per l'attuazione del RdC* nella Piana di Lucca;
- la seconda, il giorno 23-06-2022, con Aldo Intaschi, *Responsabile della U.O. 2.2*, e Francesca Palazzi, *Educatrice professionale area RdC* del Comune di Lucca.

Nel presente caso studio, presentiamo i dati raccolti da fonti primarie riferendoci in generale, salvo specificazioni, a coloro che hanno preso parte al questionario e alle interviste qualitative come agli "intervistati".

<sup>21</sup> Per approfondimenti si veda: [Indicatori di salute. Zona Piana di Lucca](#), 8 dicembre 2021.

socio-economico della Zona-distretto riguarda il disagio lavorativo, e in particolare il “tasso grezzo di disoccupazione”, che mette in relazione gli iscritti ai Centri per l’Impiego disponibili al lavoro con la popolazione in età attiva, che nel territorio di interesse è sensibilmente inferiore alla media regionale: pari al 20,4%, contro il 22,8% regionale.

## **2. Contesto di governance**

La Zona-distretto della Piana di Lucca si è costituita come Ambito territoriale sociale per la gestione dei progetti finanziati dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e/o dai fondi europei. È la Conferenza Zonale dei Sindaci (che vede riuniti i sindaci dei 7 Comuni e la dirigenza della Azienda USL Nord-Ovest – Zona della Piana di Lucca) a definire le linee politiche e ad indicare, di volta in volta, il capofila delle diverse progettualità. In particolare, nel territorio della Piana è presente **un doppio capofila: Lucca è attualmente il Comune capofila per l'applicazione delle politiche di contrasto alla marginalità estrema; mentre Capannori lo è per le politiche di contrasto alla povertà**, fin a partire dal 2016 con l’introduzione del Sostegno all’Inclusione Attiva (SIA) e dei Reddito di Inclusione (REI), e ancora oggi con il Reddito di Cittadinanza.

Nella Zona della Piana di Lucca **non è presente una Società della Salute**, avendo l’Ambito territoriale a suo tempo optato per lo strumento della **Convenzione per la gestione delle attività relative all’integrazione sociosanitaria**. Tale scelta è stata recentemente riconfermata dalla Conferenza Zonale Integrata, con Deliberazione del 7 aprile 2022. Le finalità della Convenzione tra i Comuni appartenenti alla Piana di Lucca e l’Azienda USL Toscana Nord-Ovest sono:

- consentire la piena integrazione delle attività sociosanitarie;
- assicurare il governo dei servizi sociosanitari e le soluzioni organizzative adeguate per garantire la presa in carico integrata e la continuità del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale;
- la programmazione delle attività sociosanitarie coerente con i bisogni di salute della popolazione;
- la promozione dell’innovazione organizzativa, tecnica e gestionale nel settore dei servizi sociosanitari della Zona-distretto.

Secondo quanto riportato dai nostri intervistati, tuttavia, l’obiettivo della piena integrazione delle attività sociosanitarie rimane tutt’oggi disatteso sui territori della Piana, come vedremo meglio nel paragrafo dedicato all’integrazione tra servizio sociale e servizi sanitari.

## **3. Contesto organizzativo**

Come già sopra ricordato **la direzione degli interventi di servizio sociale, in particolare per quel che riguarda l’area povertà** – focus di questo caso studio –, **è definita dalla Conferenza Zonale dei Sindaci**. Gli interventi progettuali principali della Piana gravitano attorno ai due maggiori Comuni, mentre i restanti 5 territori aderiscono alle progettualità dedicate al contrasto alla povertà e alla marginalità estrema a seconda delle loro specifiche esigenze.

**Ogni Comune della Piana di Lucca gestisce autonomamente i propri interventi e misure di assistenza economica territoriale.** Si tratta, a seconda dei territori, di:

- erogazione di contributi economici ad integrazione del reddito;
- contributi di sostegno alimentare e per il pagamento dell’affitto;
- contributi straordinari per il contrasto all’impoverimento derivante dalla pandemia;
- servizi di contrasto alla povertà educativa (esenzione mensa e trasporti, voucher per attività estive, servizi di sostegno educativo domiciliare);

- assegnazione di alloggi per situazioni di emergenza abitativa;
- strutture a bassa soglia per famiglie o singoli fragili senza abitazione;
- progetti di *housing first* e *housing led*;
- servizi per la formazione e riqualificazione professionale.

All'erogazione vera e propria di servizi, si accompagnano poi attività di segretariato sociale e sportello (Ufficio Casa, Accoglienza immigrati, Inclusione sociale). In particolare nel 2021 si segnala, grazie all'impiego della Quota Servizi del Fondo Povertà, un'attività di **potenziamento degli sportelli di segretariato sociale territoriale**, che sono stati ampliati sia in termini di numerosità (sono stati aperti 4 nuovi sportelli su tutto il territorio della Piana), sia di figure professionali coinvolte: il servizio infatti, precedentemente curato dagli assistenti sociali del territorio, vede ora operatori specifici dedicati all'ascolto, informazione, orientamento e presa in carico del bisogno semplice economico.

Considerata la particolare struttura organizzativa della Piana di Lucca, che prevede un doppio capofila per la gestione, da un lato, del Reddito di Cittadinanza e, dall'altro, delle politiche di contrasto alla grave emarginazione, abbiamo ritenuto opportuno effettuare un'analisi distinta sia per figure professionali coinvolte che per tipologie di beneficiari afferenti alle due aree.

Come riportato dettagliatamente di seguito, gli operatori dedicati al Reddito di Cittadinanza attivi a livello di Zona-distretto sono in totale 19, di cui 10 assistenti sociali; quelli dedicati alla grave emarginazione sono in totale oltre 40, di cui circa la metà assistenti sociali. Gli operatori relativi invece al contrasto alla povertà, attivi all'interno dei singoli Comuni del territorio, sono complessivamente oltre 60, di cui circa la metà assistenti sociali. Oltre alla figura professionale dell'assistente sociale, si segnala la presenza di educatori, mediatori, operatori di sportello e amministrativi.

<b>OPERATORI DEDICATI AL REDDITO DI CITTADINANZA</b>			
<b>Figura professionale</b>	<b>Ruolo organizzativo</b>	<b>N. operatori (per figura professionale)</b>	<b>Totale ore settimanali lavorate (per operatore)</b>
Assistente sociale	Coordinatore	2	più di 30
Assistente sociale	Responsabile	2	più di 30
Assistente sociale	<i>Case manager</i>	6	più di 30
Educatore	<i>Case manager</i>	4	più di 30
Psicologo	-	3	più di 30
Mediatore	-	1	più di 30
Amministrativo	-	2	più di 30
<b>TOTALE</b>		<b>19</b>	

<b>OPERATORI DEDICATI ALLA GRAVE EMARGINAZIONE</b>			
<b>Figura professionale</b>	<b>Ruolo organizzativo</b>	<b>N. operatori (per figura professionale)</b>	<b>Totale ore settimanali lavorate (per operatore)</b>
Assistente sociale	Responsabile (PO)	9	più di 30
Assistente sociale	<i>Case manager</i>	20	più di 30
Educatore	<i>Case manager</i>	4	più di 30
Mediatore	-	18	più di 30
Amministrativo	-	3	più di 30
<b>TOTALE</b>		<b>oltre 40</b>	

OPERATORI DEDICATI AL CONTRASTO ALLA POVERTÀ SUL TERRITORIO						
Figura professionale	Ruolo organizzativo	N. operatori Comune di Capannori	N. operatori Comune di Lucca	N. operatori piccoli Comuni	Totale	Totale ore settimanali lavorate (per operatore)
Assistente sociale	Responsabile/PO	2	2	5	9	più di 30
Assistente sociale	Coordinatore	1	1	0	2	più di 30
Assistente sociale	<i>Case manager</i>	10	10	8	28	più di 30
Assistente sociale, Educatore, Counselor	Operatore di sportello	5	6	3	14	più di 30
Educatore	<i>Case manager</i>	2 (anche per i piccoli Comuni)	2 (anche per i piccoli Comuni)	-	4	più di 30
Mediatore/Psicologo	Operatore dell'equipe multidisciplinare	4 (condivisi su tutta la Piana)	-	-	4	più di 30
Mediatore/Operatore di strada	-	-	10	-	10	Più di 30
Amministrativo	-	10	11	5	26	più di 30
<b>TOTALE</b>					<b>97</b>	

Con una media annua di circa 80 beneficiari<sup>22</sup> afferenti all'area "Reddito di Cittadinanza" e una stima che si aggira intorno ai 50 beneficiari<sup>23</sup> afferenti all'area "Grave emarginazione" per figura professionale con ruolo organizzativo di *case manager* coinvolta in tali aree, gli intervistati non ravvisano una sotto-dotazione di organico, ritenendo dunque adeguata la forza lavoro messa in campo per rispondere ai bisogni di persone e famiglie vulnerabili. È tuttavia segnalato un elevato *turnover* di operatori, sia sociali che amministrativi.

I beneficiari attualmente in carico all'area "**Reddito di Cittadinanza**" della Piana di Lucca (misura gestita dal Comune di Capannori per l'intero Ambito territoriale) sono in totale 795, di cui 492 famiglie con minori (61,9%) e 303 coppie con o senza membri aggregati maggiorenni (38,1%). Tra questi, le persone e famiglie di origine straniera sono il 40%. Le nuove prese in carico, ossia situazioni mai rivolte prima ai servizi o assenti dal circuito degli stessi da almeno 10 anni, rappresentano oltre la metà del totale (60%). Poco meno della metà (40%) delle situazioni riguarda invece prese in carico complesse, che associano più bisogni. Le tre tipologie prevalenti di bisogno sono rappresentate da:

- lavoro/occupazione;
- conciliazione/carichi di cura;
- casa/housing sociale.

Rispetto al target relativo alle famiglie vulnerabili con bisogni complessi, la presa in carico del servizio sociale avviene:

- nel 20% dei casi in modo integrato con i soli servizi per il lavoro;
- nel 10% con i soli servizi sanitari e sociosanitari specialistici;

<sup>22</sup> Tale indicatore è stato calcolato effettuando il rapporto tra il totale dei beneficiari attualmente in carico all'area "Reddito di Cittadinanza" (795) e il numero di assistenti sociali ed educatori *case manager* dedicati alla stessa (10).

<sup>23</sup> Si sottolinea come questo indicatore, calcolato effettuando il rapporto tra il totale dei beneficiari attualmente in carico all'area "Grave emarginazione" (727) e il numero di assistenti sociali ed educatori *case manager* dedicati alla stessa, sia una stima dal momento che il non è noto il numero esatto di *case manager* (oltre 14).

- nel 10% con i soli servizi per l'abitare;
- nel restante 60% avviene in modo integrato da più servizi contemporaneamente.

I beneficiari attualmente in carico all'area "**Grave emarginazione**" della Piana di Lucca (misura gestita dal Comune di Lucca per l'intero Ambito territoriale) sono in totale 727, di cui 257 famiglie con minori (35,4%), 342 coppie con o senza membri aggregati maggiorenni (47%) e 128 senza dimora (17,6%). Tra questi, le persone e famiglie di origine straniera sono un quarto. Le nuove prese in carico rappresentano circa il 15% del totale, mentre le prese in carico complesse che associano più bisogni sono il 60%. I bisogni prevalenti a cui i servizi sono chiamati a dare risposta, anche attraverso unità di strada e mense sociali, risultano essere:

- sostegno al reddito;
- distribuzione beni materiali;
- accoglienza notturna.

In questi casi la presa in carico da parte dei servizi sociali avviene:

- nel 30% dei casi in modo integrato con i soli servizi per l'abitare;
- nel 15% con i soli servizi sanitari e sociosanitari specialistici;
- nel 10% con i soli servizi per il lavoro;
- nel restante 45% in modo integrato da più servizi.

I beneficiari attualmente in carico all'area "**Contrasto alla povertà**" del territorio della Piana di Lucca, ossia quell'area impegnata nell'assistenza economica comunale e nell'inclusione sociale delle famiglie e degli adulti in difficoltà, sono complessivamente 2.364, di cui 1.067 famiglie con minori (68%), 614 coppie con o senza membri aggregati maggiorenni (26%) e 143 persone senza dimora (6%). Le persone e famiglie di origine straniera rappresentano quasi il 43% del totale. Le nuove prese in carico sono in media poco meno del 27%, ad indicare che la maggior parte dei casi sono situazioni già conosciute o prese in carico dai servizi; mentre per quasi il 62% delle situazioni si tratta di prese in carico complesse. Rispetto agli interventi di inclusione sociale, le tre tipologie prevalenti di bisogno sono sostegno al reddito, beni di prima necessità e, pari merito, lavoro/occupazione e casa/housing sociale. Mediamente nel 60% dei casi la presa in carico avviene in modo integrato mediante un coinvolgimento di più servizi contemporaneamente.

#### **4. Integrazione professionale e gestionale**

Nel territorio della Piana di Lucca, esistono **pratiche di integrazione tra servizio sociale, servizi per l'abitare, Cpl e Terzo settore piuttosto radicate** e, in alcuni casi, di lunga data. Più faticosa appare invece la collaborazione tra servizi sociali e servizi sociosanitari, e in parte anche con quelli educativi. Prima di analizzare nel dettaglio lo stato dell'integrazione tra i diversi servizi, appare utile richiamare i **tre strumenti oggi a regime e che la Piana ha sviluppato**, a partire dal 2016 con la sperimentazione del SIA (Sostegno all'Inclusione Attiva), **a sostegno dell'integrazione tra professionalità e servizi diversi**.

- **équipe a geometria variabile**: si tratta di équipe che vengono costruite intorno alle persone, con professionisti che possono variare da un caso all'altro, in base alle situazioni specifiche. Questo significa che non esistono, sui territori della Piana, équipe fisse che si riuniscono regolarmente in momenti prestabiliti; al contrario, le **équipe** vengono convocate dal *case manager* **con chi e quando necessario**. Solo a questo punto le équipe diventano stabili, **stabili per un determinato nucleo**. Questa modalità di lavoro in équipe si applica sia a situazioni di Reddito di Cittadinanza che non, ma con alcune differenze territoriali (per esempio, risultano più sviluppate a Capannori e ancora in fase di sperimentazione – su situazioni non RdC – in altri territori).

- **manutentore di rete**<sup>24</sup>: partendo dal presupposto che l'integrazione debba essere fatta ogni giorno, perché non bastano accordi o protocolli per "radicarla" sui territori, e convinti che le reti debbano essere curate e "manutenute", i territori della Piana di Lucca hanno previsto la presenza di due manutentori di rete. Si tratta di due assistenti sociali *senior*, uno operativo sul territorio di Capannori e l'altro su quello di Lucca, che svolgono quotidianamente un **lavoro di ascolto, cura, tenuta e promozione delle reti**, sia a livello comunale – per tenere insieme i 7 servizi sociali dei 7 Comuni della Piana – sia a livello territoriale – per tenere insieme tutti i soggetti del territorio, dalle associazioni del Terzo settore ai Centri per l'Impiego, fino a tutte le figure professionali che partecipano alle équipe.
- **supervisore d'équipe**: nato con una sperimentazione, interrottasi a causa del Covid-19 ma poi successivamente ripresa e conclusa, oggi la supervisione dell'équipe rappresenta uno strumento a regime, **un vero e proprio servizio**. Questo comprende: momenti di formazione *in plenaria*, osservazione non partecipante di consulenti esterni esperti durante le équipe, restituzione delle osservazioni agli operatori delle équipe in momenti dedicati.

Capannori è stato il Comune promotore di tutti e tre questi strumenti, che via via si sono diffusi o si stanno diffondendo anche nel resto dei Comuni della Piana.

#### 4.1 Interna all'area povertà

Sicuramente il **Reddito di Cittadinanza ha svolto un ruolo chiave nel promuovere l'integrazione interna ai servizi sociali**, fornendo – seppur indirettamente – le risorse economiche necessarie per assumere professionisti dedicati al lavoro d'équipe e di rete. Ad esempio, i fondi legati al RdC hanno permesso a Capannori di assumere due nuovi assistenti sociali da dedicare alla presa in carico, liberando così due assistenti sociali *senior* da tale ruolo e permettendo loro di dedicarsi invece al lavoro di manutenzione della rete su tutta la Piana. Anche le modalità di utilizzo di queste risorse aggiuntive rappresentano però un fattore chiave per l'integrazione. Oltre ad aver fatto scelte di investimento strategico sulle reti, la Piana ha infatti deciso di utilizzare le risorse professionali aggiuntive fornite dall'introduzione del Reddito di Cittadinanza andandole ad integrare il più possibile coi servizi sui territori. Accade così che non sono solo i "professionisti RdC" ad occuparsi di presa in carico di beneficiari di Reddito di Cittadinanza, ma anche i colleghi dei Comuni, soprattutto quando le situazioni sono già loro in carico. Nella Piana di Lucca **gli operatori del servizio sociale lavorano tendenzialmente a cavallo tra più aree** e, seppur con diversi livelli di esperienza e sviluppo, **anche in équipe**.

Le équipe – decisamente più sviluppate a Capannori rispetto agli altri Comuni della Piana – sono previste sia per situazioni di Reddito di Cittadinanza che non. Le **équipe RdC risultano però più semplici da attivare**, in quanto possono contare su risorse proprie e tante delle **professionalità** coinvolte sono **interne al servizio sociale** (psicologi, educatori, mediatore), mentre le rimanenti sono generalmente garantite dai rapporti ormai stabili di collaborazione con i Centri per l'Impiego e il Terzo settore. Le équipe non RdC, al contrario, non possono contare sulla stessa dotazione di professionisti interni e, per questo, vengono in qualche modo percepite dagli operatori come "*équipe di serie B*", così come riportato da un nostro intervistato. Ai tempi della conduzione delle interviste, il Comune di Capannori si stava muovendo nella direzione di un allargamento del proprio organico (assumendo due psicologi comunali), proprio a sostegno del lavoro d'équipe su tutte le situazioni.

---

24 Per ulteriori approfondimenti si veda: D'Olivo D., [Reddito di Inclusione: la figura del manutentore di rete e coordinatore di équipe](#), *Welforum*, 26 giugno 2018.

Gli altri Comuni invece faticano ad attivare équipe non RdC. Mancano infatti loro le risorse umane e professionali per farlo con tutti i propri utenti. È il caso del Comune di Lucca, che tramite **sperimentazioni e percorsi di formazione** sta comunque cercando di allargare la modalità del lavoro in équipe anche a situazioni non RdC: adulti vulnerabili, persone con disabilità e non autosufficienti, persone senza dimora, nuclei familiari. Nei piccoli Comuni, che prevedono prevalentemente équipe RdC, l'approccio al lavoro integrato si sta comunque progressivamente radicando su tutte le situazioni, anche grazie alla recente apertura degli sportelli di segretariato sociale territoriale sopra citati, che vedono la presenza di diverse professionalità.

#### **4.2 Con i servizi per il lavoro**

Con i servizi per il lavoro esistono **rapporti ormai radicati da anni in tutti i Comuni della Zona**<sup>25</sup>. Si tratta di un mix di rapporti formali e informali, sicuramente favoriti dall'introduzione del Reddito di Cittadinanza ma presenti già prima. A Capannori, per esempio, già nel 2005 esisteva una convenzione con il Centro per l'Impiego, in base alla quale una volta alla settimana un operatore del Cpl riceveva i cittadini residenti in Comune. In tutti i Comuni, comunque, lo strumento della co-progettazione personalizzata in équipe multidisciplinari tra servizi sociali, Cpl, famiglie e Terzo settore risale ai tempi del SIA, quindi al 2016, quando ha visto la luce per la prima volta anche il **Tavolo tecnico di coordinamento Zonale RdC**, a cui partecipano un rappresentante di ogni Comune, la Caritas come portavoce del Terzo settore, un rappresentante del Cpl, un rappresentante dell'Ufficio di Piano, un rappresentante per ogni figura coinvolta (educatore, assistente sociale, psicologo) e un segretario. Gli operatori dei Cpl sono quindi sempre stati presenti, a partire dal 2016, nei vari tavoli di progettazione e organizzazione dei servizi e hanno sempre regolarmente partecipato alle équipe RdC.

Nello specifico, dal 2017 ad oggi sono stati organizzati eventi di formazione che hanno visto coinvolti tutti i sette Comuni dell'Ambito, Cpl, Terzo settore e tutti gli operatori ingaggiati nella presa in carico di famiglie beneficiarie delle misure nazionali di contrasto alla povertà. Inoltre, nel 2018-2019 sono stati organizzati due convegni che hanno visto fra i relatori anche referenti del Cpl e che sono stati incentrati sul lavoro di équipe e sul ruolo della famiglia al centro della progettualità. Infine, nel 2019-2020 è stato avviato l'innovativo percorso di supervisione sul lavoro di équipe che abbiamo visto essere oggi a regime. Anche in questo caso partecipano ai percorsi di supervisione sia gli operatori del servizio sociale che quelli del Cpl.

La costruzione della collaborazione tra servizi sociali e Cpl ha permesso a tutti gli operatori di offrire ai beneficiari una risposta più completa e adeguata: le famiglie vengono seguite e accompagnate sotto ogni punto di vista, in modo da riuscire a sostenere al meglio le loro aspirazioni e raggiungere l'autonomia. In particolare, nel momento dell'attivazione di un percorso specifico su un cittadino, è da segnalare lo sforzo degli operatori del Cpl nel mantenere vivo un interscambio costante con i servizi sociali, e le relative professionalità, con il Terzo settore e le aziende private del territorio. Si tratta di un lavoro estremamente complesso ma in grado di generare, nel lungo termine, risultati strategici nel lavoro con i soggetti svantaggiati.

Secondo quanto emerso dalla survey, potrebbero comunque ulteriormente rafforzare la collaborazione tra i due servizi la possibilità di frequentare formazioni congiunte, la supervisione congiunta, la definizione ulteriore di protocolli e regolamenti condivisi, lo scambio informale di pratiche, l'utilizzo di spazi di lavoro condivisi e, infine, l'interoperabilità e condivisione del sistema dati. Riguardo a quest'ultimo punto, gli intervistati sottolineano infatti come il collegamento tra GePI e MyAnpal risulti spesso problematico.

Soprattutto, vengono riportate difficoltà per quanto riguarda l'invio – da parte dei Cpl ai servizi sociali – di beneficiari di Reddito di Cittadinanza che presentano situazioni complesse da seguire in équipe. Ad oggi le

---

<sup>25</sup> Per ulteriori approfondimenti si veda, oltre al contributo riportato nella precedente nota, anche: D'Olivo D., Fanucchi G., [Piana di Lucca: buone pratiche di collaborazione tra Cpl e Servizi sociali](#), *Welforum*, 12 novembre 2021;

piattaforme non permettono questo passaggio, generando quindi l'attivazione di équipe extra-piattaforma, non formalizzate. Accade così che il lavoro di rete e il dialogo intrapreso e cresciuto negli anni sulle modalità di invio crollino miseramente davanti ad un sistema di piattaforme altamente problematico, relegando ancora oggi la risoluzione dei problemi all'impegno e alla buona volontà degli operatori.

### 4.3 Con i servizi sociosanitari

I rapporti con i servizi sociosanitari rappresentano **l'anello più debole e problematico della presa in carico integrata** tra servizi sulla Piana di Lucca. Ricordiamo che il territorio, privo di Società della Salute, ha optato per lo strumento della Convenzione per realizzare l'integrazione tra servizi sociali e sociosanitari. In base a quanto riportato dai nostri intervistati, la sensazione è che tale Convenzione – per motivi principalmente politici, e quindi di conseguenza per mancanza di una visione strategica davvero comune – non sia stata finora in grado di “dare effettivamente le gambe” a pratiche di lavoro integrato tra i due servizi, tanto che il Comune di Lucca ha siglato singolarmente un protocollo di intesa coi servizi dell'Azienda USL Toscana Nord-Ovest.

Nello specifico, è del novembre 2021 la Determinazione n. 2473 con cui **il Comune di Lucca approva il protocollo d'intesa per servizi congiunti tra Comune e ASL** per quanto riguarda la presa in carico di persone portatrici di bisogni complessi e riconducibili alla salute mentale e alle dipendenze patologiche. Le due parole d'ordine del protocollo sono: **valutazione congiunta multidimensionale e presa in carico congiunta**. In aggiunta, al lavoro sui singoli casi, il protocollo fa riferimento ad altre esperienze di lavoro integrato tra Azienda USL e Comune: progetti di abitare supportato per soggetti vulnerabili<sup>26</sup>; co-abitazioni in progetti condivisi tra Comune e ASL per soggetti in carico alla salute mentale; sperimentazioni quali *Legami Sociali e Housing San Luca*<sup>27</sup>. Il protocollo tra il Comune di Lucca e l'Azienda USL è inoltre supportato dal lavoro di due tavoli:

- un *tavolo tecnico*, per il lavoro congiunto sui singoli casi;
- un *tavolo politico e di coordinamento*, per tracciare le linee guida di una co-progettazione di lungo respiro.

I risultati di tutto questo lavoro li riportiamo con le parole di un nostro intervistato, rappresentante del Comune: *“[Coi] protocolli un po' li costringiamo [il lato sanitario] ... e lavorando in questa direzione li portiamo ad una collaborazione che almeno nel Comune di Lucca si può giudicare alta, perché lo è. Però è faticoso, e soprattutto se il comune di Lucca smettesse di sforzarsi in questa direzione si tornerebbe indietro... cioè a una collaborazione medio-bassa”*.

Diverso il caso di Capannori, dove il protocollo siglato tra il Comune e l'Azienda ULS-Salute mentale pare essere disatteso e non sembra aver portato ai risultati sopra citati per Lucca. Ancora con le parole di un altro nostro intervistato: *“Abbiamo tentato di tutto. Prima formalmente [col protocollo], poi abbiamo preso un assistente sociale che si occupa di RdC, assunto da noi come Comune, e in accordo con la ASL l'abbiamo messa fisicamente in ASL, con la funzione di raccordo. E non ha funzionato. Non la facevano andare nelle équipe. La ASL faceva andare nell'équipe la loro assistente sociale e la nostra no ...”*. Accade così che persone in carico ad entrambi i servizi (servizio sociale e salute mentale) continuino a venire supportate separatamente, sia da

<sup>26</sup> Abitare Supportato In-Comune: progetti nati dall'idea di non realizzare delle 'strutture' ma degli spazi di autonomia a partire dall'essere co-intestatari di contratti di locazione di Edilizia Residenziale Pubblica (ERP) assegnati con utilizzo autorizzato (assegnazione temporanea).

<sup>27</sup> *Legami Sociali* nasce su input della Prefettura e degli enti gestori dei CAS che hanno richiesto a Comune e Ausl una presa in carico congiunta per situazioni relative a migranti vulnerabili in uscita dal sistema di accoglienza. *Housing San Luca* nasce invece dalla collaborazione tra l'Azienda ASL e l'Arciconfraternita di Misericordia di Lucca per l'accoglienza di soggetti fragili e con necessità di cura e assistenza quotidiane.

professionisti diversi (per esempio, assistente sociale da un lato e medico specialista dall'altro) ma anche da équipe diverse (équipe RdC o comunque équipe sociale da un lato ed équipe salute mentale dall'altro). Il raccordo può avvenire, ma non è la regola. A determinare questa situazione sono, in primo luogo e a detta dei nostri intervistati, **la rigidità dei regolamenti e delle procedure dell'Azienda USL**: *“Le procedure e i regolamenti delle ASL sono rigidi. Funzionano in base alle decisioni dei medici nella maggior parte dei casi... e le loro équipe non sono orizzontali come le nostre, lì è il medico che dirige tutto il resto dell'équipe. E la parte medica ha detto ‘No, il nostro funzionamento è diverso, i passaggi non possono essere saltati e quindi anche questi cittadini [in carico al servizio sociale] seguono il percorso di tutti gli altri’. Se poi, su valutazione del medico, arrivano a una presa in carico del servizio sociale in équipe... a quel punto ci saranno due équipe che si integrano con molta molta fatica ...”*.

**Parecchi quindi in nodi ancora da sciogliere** per quanto riguarda l'integrazione tra servizi sociali di contrasto alla povertà e servizi sociosanitari specialistici. Al di là di contatti telefonici, via e-mail o in presenza tra operatori, sulla maggior parte dei territori della Piana faticano infatti a radicarsi prassi di lavoro davvero integrate. E anche là dove questo avviene, il lavoro di costruzione e mantenimento di tali pratiche è continuo e oneroso. Aiuterebbero sicuramente l'integrazione, a detta dei nostri intervistati, la partecipazione degli operatori dei due servizi a formazioni congiunte, oltre che una loro supervisione congiunta. Capannori e i piccoli Comuni della Piana segnalano inoltre, quali azioni su cui investire per una migliore integrazione, la stipula di ulteriori protocolli e regolamenti condivisi, spazi di lavoro condiviso, interoperabilità dei sistemi dati e, infine, lo scambio informale di pratiche.

#### **4.4 Con altri servizi pubblici territoriali**

Numerosi sono i rapporti dell'area povertà del servizio sociale con altri soggetti territoriali pubblici diversi da quelli analizzati nei precedenti paragrafi. In particolare, esistono rapporti con:

- i **servizi educativi**, e quindi con istituti scolastici di diverso ordine e grado;
- i **servizi per l'abitare**, nello specifico con l'Edilizia Residenziale Pubblica (ERP);
- l'**UEPE** (Ufficio per l'esecuzione penale esterna) del Ministero di Grazia e Giustizia.

I rapporti coi servizi educativi riguardano tutta la Piana e sono regolati dal **Protocollo per l'Intervento Integrato sul Disagio sociale-relazionale-culturale-economico** siglato nel 2019. Questo regola il lavoro congiunto tra servizio sociale ed istituti scolastici per quanto riguarda: le segnalazioni reciproche di situazioni di disagio; l'assegnazione della situazione al tutor e la stesura del PDP (Progetto Didattico Personalizzato), standard e integrato; le modalità di costruzione dell'équipe di rete; l'attivazione delle azioni del progetto. Nonostante tale protocollo, i rapporti coi servizi educativi non sono però sempre semplici e scontati. Durante le interviste, in particolare il Comune di Capannori ha riportato difficoltà a realizzare vere e proprie progettazioni congiunte, tranne nel caso di insegnanti particolarmente coinvolti e disponibili. Anche qui, **sembra pesare un elemento organizzativo**: il ruolo dell'insegnante non prevede momenti dedicati per gli interventi integrati con altri servizi, relegando perciò tali interventi alla discrezionalità ed iniziativa dei singoli docenti.

Relativamente invece i rapporti coi servizi per l'abitare, pur riguardando tutta la Piana, questi sono particolarmente sviluppati nel Comune di Lucca, che non a caso è il soggetto capofila per gli interventi di contrasto alla marginalità estrema. Analizzeremo però più nel dettaglio alcuni di questi rapporti nel prossimo paragrafo. Si tratta infatti di rapporti che riguardano anche, se non soprattutto, il Terzo settore.

#### 4.5 Integrazione comunitaria

I rapporti della Piana di Lucca con i soggetti territoriali sono numerosi e riguardano associazioni di volontariato, cooperative sociali, fondazioni di origine bancaria e non, associazioni sportive, parrocchie, organizzazioni non governative, reti informali di cittadini. Si tratta di **collaborazioni consolidate da almeno un decennio nella maggior parte dei casi**, in alcuni da molto di più, e parecchie delle quali formalizzate attraverso specifici protocolli e linee guida. In generale, la cadenza prevalente dei rapporti tra servizio sociale e soggetti territoriali è settimanale, attraverso contatti telefonici e/o via e-mail, incontri periodici in presenza, tavoli di lavoro partecipati e partecipazione alle équipes, ad indicare un buon livello di integrazione coi soggetti del terzo settore nella Piana.

È per esempio prassi consolidata sui territori della Piana di Lucca che i volontari di diversi enti del Terzo settore facciano **parte dell'équipe multidisciplinare RdC** e partecipino alle varie fasi della presa in carico, compresa la verifica ed il monitoraggio delle progettazioni. Sono poi **attive diverse co-progettazioni** con enti del Terzo settore, sia nell'ambito dei Progetti di Inclusione Sociale (PaIS) e, in particolare, per l'accompagnamento delle famiglie, sia nell'ambito dei Progetti Utili alla Collettività (PUC), dal trasporto sociale, al lavoro presso associazioni o aziende agricole del territorio a cooperative locali.

In particolare, le collaborazioni con i soggetti territoriali instaurate con il SIA e poi proseguite con REI e RdC hanno portato alla nascita di un **Tavolo per il contrasto alla povertà**, che vede l'adesione di Caritas (in rappresentanza di 24 associazioni), del Centro per l'Impiego, dell'Azienda USL e dei rappresentanti dei Comuni della Piana.

Su iniziativa del Comune di Lucca esistono invece, come abbiamo già accennato, pratiche di **co-progettazione attinenti ai servizi per l'abitare**. È una storia che viene da lontano questa, con organizzazioni – come la Croce Verde – presenti sul territorio da oltre cent'anni. Dormitori, mense, case-famiglia, appartamenti condivisi, empori solidali, apertura straordinaria di dormitori e spazi diurni per i mesi invernali, unità di strada sono alcuni esempi di servizi ed interventi gestiti dal Comune di Lucca, per rispondere alle esigenze di tutta la Piana. Questo grazie anche alla presenza – da circa una decina d'anni – del **Tavolo delle marginalità** al quale aderiscono i principali enti del Terzo settore attivi in ambito sociale. Inizialmente attivo sul solo Comune di Lucca, nel marzo 2022 è stato esteso a tutti del territorio.

In aggiunta alle varie co-progettazioni richiamate, sono infine in corso, a Capannori, convenzioni con il volontariato per il sostegno alimentare, per corsi sportivi comunali, per attività culturali e ricreative. Negli altri Comuni della Piana si segnalano anche collaborazioni con il privato sociale per iniziative di contrasto alla povertà educativa.

Tra le azioni che i nostri intervistati hanno segnalato come propedeutiche al rafforzamento dei rapporti già esistenti con i soggetti del territorio si segnalano: formazioni e supervisioni congiunte, la redazione di protocolli e regolamenti condivisi, scambi di pratiche, spazi di lavoro condivisi, interoperabilità/condivisione del sistema dati.

#### **Box 1 – Processo di presa in carico integrata dei beneficiari di Reddito di Cittadinanza**

La presa in carico dei beneficiari di Reddito di Cittadinanza avviene sostanzialmente secondo quanto previsto dalle linee guida ministeriali. Il processo inizia su GePI e i casi, via via che compaiono in piattaforma, vengono assegnati per l'Analisi preliminare. Solitamente, se la situazione è già in carico al servizio sociale, l'Analisi preliminare prima, ed eventualmente il Quadro di analisi poi, vengono affidati all'assistente sociale che già ha in carico il nucleo. Se la situazione non è già in carico al servizio sociale, si individua prima il professionista che svolgerà l'Analisi preliminare e successivamente, in base al percorso<sup>28</sup> ipotizzato per il nucleo, il *case manager* (che può coincidere o meno col

28 A) invio al Centro per l'Impiego e sottoscrizione del Patto per il lavoro; B) attivazione del servizio sociale e sottoscrizione del PaIS semplificato; C) attivazione équipes multidisciplinare e sottoscrizione del PaIS completo; D) invio

professionista che ha svolto l'Analisi preliminare). Il manutentore di rete aiuta i territori a definire le varie allocazioni a partire dai casi che arrivano su GePI mentre è il *case manager* che si occupa, ove necessario, dell'attivazione delle équipe. Queste sono sempre a geometria variabile, quindi stabili sui nuclei ma non per quanto riguarda i professionisti coinvolti e la cadenza degli incontri. La presa in carico integrata dei beneficiari di Reddito di Cittadinanza a livello di équipe avviene sulle seguenti fasi operative: valutazione del bisogno, progettazione personalizzata degli interventi, verifica e monitoraggio delle progettazioni.

Vista la difficoltà di interlocuzione con i servizi specialistici, gli esiti D) in seguito all'analisi preliminare sono pochissimi e tendenzialmente, per evitare il rischio di *"perdere persone per strada"*, il servizio sociale tiene in carico il nucleo mediante un Patto per l'Inclusione Sociale semplificato o complesso, anche nei casi in cui a suo avviso sarebbe richiesta una presa in carico specialistica.

In generale, poi, prevalgono i casi di PaIS semplificati (60%) rispetto a quelli complessi (40%).

Di seguito riportiamo i principali punti di forza e le principali criticità riscontrate sul territorio della Piana di Lucca per quanto riguarda la presa in carico dei beneficiari di Reddito di Cittadinanza.

Punti di forza:

- Buon funzionamento delle équipe a geometria variabile, una modalità di lavoro ormai consolidata che coinvolge sempre anche le famiglie;
- Partecipazione regolare del Terzo settore alle équipe, esito di un lavoro di coinvolgimento costante nelle équipe di volontari ed associazioni, anche tramite formazioni e co-progettazioni;
- Presenza di una Cabina di Regia a livello di Piana per la gestione e il coordinamento dei vari interventi.

Criticità:

- Scarsa interoperabilità tra GePI e MyAnpal: i casi possono essere inviati da GePI a MyAnpal, ma non il contrario. Tale limite comporta inoltre la mancata formalizzazione delle équipe attivate sui casi complessi provenienti dal Centro per l'impiego;
- Rigidità della piattaforma GePI che non riesce a riconoscere effettivamente la multi-professionalità presente in équipe. Ad eccezione di alcuni ruoli (assistente sociale, psicologo), le altre figure professionali, anche quando detengono il ruolo di *case manager*, devono necessariamente essere caricate sotto la voce "Altro", sminuendone quindi il riconoscimento.

## **5. Conclusioni, tra punti di forza e debolezza, attenzioni e prospettive di sviluppo**

Concludiamo segnalando alcuni punti di attenzione relativi allo stato dell'integrazione nell'ambito dei servizi di contrasto alla povertà sui territori della Piana di Lucca:

- il livello di **integrazione** sulla Piana di Lucca **riguarda alcuni servizi molto più che altri**. Nello specifico, si registrano livelli alti di integrazione – sia che si tratti di collaborazioni informali che di co-progettazioni formalizzate – tra servizi sociali e Centro per l'Impiego, servizi per l'abitare ed enti del Terzo settore. Si tratta, in ogni caso, di rapporti che hanno generalmente una storia lunga, che si sono sviluppati grazie al lavoro costante che la Piana ha dedicato negli anni alla cura delle reti e che, più di recente, si sono rafforzati grazie anche alle risorse rese disponibili dal RdC e dal PON Avviso 4;
- **esistono però diverse velocità**, a livello territoriale, per quanto riguarda la messa a terra dell'integrazione e dei suoi strumenti. Capannori, in qualità di capofila su RdC e, di conseguenza, della sperimentazione del lavoro in équipe multidisciplinari, può oggi contare su équipe più strutturate rispetto ad altri Comuni, soprattutto – e nonostante le difficoltà – per quanto riguarda l'estensione di tale modalità di lavoro integrato anche su situazioni non RdC, e quindi su casi che per legge non richiedono l'équipe. Lucca, invece, come capofila per la grave marginalità, vede da anni una strettissima collaborazione con gli enti del Terzo settore attivi in quest'ambito, mentre il coinvolgimento diretto di altri territori su queste tematiche – sancito dall'estensione del Tavolo marginalità a tutti i Comuni della Piana del marzo 2022 – è stato formalizzato (appuntamento) solo pochi mesi fa;

- **curare le reti** non significa comunque solo arrivare a stipulare accordi e protocolli di collaborazione; al contrario, significa anche agire **un lavoro continuo di manutenzione delle collaborazioni, dei rapporti, delle co-proiezioni in essere**, anche attraverso momenti di formazione e accompagnamento. Per questo lavoro “di rete” servono però risorse dedicate e stabili: la figura del “manutentore di rete” così come quella del “supervisore d’équipe” sono in tal senso emblematiche;
- infine, diversi sono gli **elementi “esterni” di criticità** segnalati che – secondo quanto riportato dai nostri intervistati – ostacolano il lavoro di rete e di conseguenza l’integrazione. Riportiamo i tre principali: la temporaneità e discontinuità dei fondi ministeriali ed europei dedicati a servizi ed interventi di contrasto alla povertà; l’instabilità della situazione politica, che non facilita l’adozione di strategie coese di sviluppo sulla Piana; il *turnover* dei professionisti, soprattutto in alcuni servizi. Una maggiore stabilità, sia sul fronte politico che su quello organizzativo, faciliterebbero perciò l’integrazione nei territori della Piana.

## ZONA-DISTRETTO LIVORNESE

*Il presente caso studio è stato costruito a partire da un insieme di fonti secondarie e rilevazioni ad hoc. Tra le principali fonti secondarie consultate vi sono il Profilo di Salute 2021, contenente un ampio set di indicatori socio-demografici e sanitari a supporto della programmazione territoriale di Zone-distretto e Società della Salute in Toscana, documenti istituzionali della Zona-distretto (Convenzione tra i Comuni per l'esercizio associato delle funzioni di assistenza sociale, Convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione sociosanitaria, Piano Integrato di Salute per la Zona Livornese 2020-2022, Avviso pubblico di co-programmazione area marginalità estrema) e una serie di materiali raccolti dalla Comunità di Pratica sull'inclusione sociale in Regione Toscana, che negli ultimi due anni si è concentrata in particolare sulla presa in carico delle famiglie vulnerabili con minori e sull'integrazione tra servizi sociali e servizi per il lavoro. Il quadro di contesto e di governance così delineato è stato integrato con i dati raccolti mediante una survey, rivolta ai referenti delle Zone-distretto/SdS e dei Comuni dell'area di interesse, relativa allo stato dell'integrazione tra servizi pubblici e soggetti territoriali coinvolti nel sostegno alle vulnerabilità (aprile-maggio 2022). Tali informazioni sono state successivamente approfondite mediante interviste qualitative semi-strutturate<sup>29</sup> (luglio 2022).*

### **1. Contesto socio-economico**

La Zona-distretto di Livorno, insieme a quella Apuana, Lunigiana, Piana di Lucca, Valle del Serchio, Versilia, Pisana, Alta Val di Cecina e Valdera, Valli Etrusche ed Elbana, è collocata nel territorio dell'Azienda USL Toscana Nord-Ovest e conta un totale di quasi 176.000 abitanti. La Zona Livornese è costituita da 3 Comuni: Livorno – il più grande e popoloso con ruolo di capofila, Collesalveti e Capraia Isola, di piccole dimensioni.

I dati contenuti nel Profilo di Salute relativo all'anno 2020<sup>30</sup> mettono in evidenza come nella Zona Livornese il tasso di natalità (pari al 6,1%) sia in linea con la media regionale (6,3%) e l'indice di vecchiaia (pari a 223,5) sia nettamente superiore alla stessa (215,4), ad indicare una **popolazione tendenzialmente più anziana** rispetto alla media regionale. Gli stranieri iscritti all'anagrafe sono il 7,3%, dato sensibilmente più basso rispetto a quello medio regionale (10,7%).

Il reddito medio imponibile IRPEF per contribuente in Toscana è mediamente pari a 21.356 euro, che sale a 22.680 euro della zona di interesse. Tale dato è presumibilmente legato alle specificità della struttura produttiva territoriale, alle caratteristiche del mercato del lavoro locale e alla presenza di pensionati con redditi inferiori a quelli regionali. Il tasso delle pensioni ed assegni sociali, che misura il possibile **disagio economico della popolazione anziana**, è infatti nettamente più alto (pari al 4,4%) della media regionale (3,6%). Nella Zona Livornese le famiglie che nel 2020 hanno chiesto un'integrazione economica per il canone di locazione, indicatore che rileva una certa vulnerabilità sia economica che abitativa delle famiglie, sono il 13,6% del totale, contro una media regionale pari all'11,4%. La presenza di situazioni di **fragilità economica familiare** emerge anche da un ulteriore indicatore: nello stesso anno, i nuclei familiari che presentano un ISEE inferiore ai 6.000 euro sono l'8,8%, dato sensibilmente superiore alla media regionale (7%). Un ultimo

<sup>29</sup> In particolare, il giorno 21-07-2022 è stata condotta un'intervista qualitativa in profondità con:

- Caterina Tocchini, *Responsabile Ufficio rapporti con Azienda USL, autorizzazioni strutture, supporto amministrativo e coordinamento finanziario, associazionismo* del Comune di Livorno;
- Paolo Tiso, *Assistente sociale, referente Servizio sociale professionale* del Comune di Livorno.

Nel presente caso studio, presentiamo i dati raccolti da fonti primarie riferendoci in generale, salvo specificazioni, a coloro che hanno preso parte al questionario e alle interviste qualitative come agli "intervistati".

<sup>30</sup> Per approfondimenti si veda: [Indicatori di salute. Zona Livornese](#), 8 dicembre 2021.

indicatore esplicativo di una certa fragilità del contesto socio-economico della Zona riguarda il disagio lavorativo, e in particolare il “tasso grezzo di disoccupazione”, che mette in rapporto gli iscritti ai Centri per l’Impiego disponibili al lavoro con la popolazione in età attiva, che nel territorio di interesse è pari al 26,6%, contro il 22,8% regionale, ad indicare dunque **difficoltà occupazionali più marcate**.

## **2. Contesto istituzionale**

Dal 2005 la Zona-distretto Livornese si è costituita come Ambito sociale territoriale per la **programmazione, organizzazione e gestione in forma associata delle funzioni e dei servizi di assistenza sociale**, mediante [convenzione](#) sottoscritta per il triennio 2016-2018, prorogata a fine 2020 (come previsto dall'articolo 30 del D. Lgs. 267/2000) e rinnovata poi nel dicembre 2020 per il successivo triennio. L’organo di governo (indirizzo, programmazione e controllo) della gestione associata è individuato nella Conferenza Zonale dei Sindaci, costituita dai sindaci dei singoli Comuni della Zona Distretto Livornese e/o dagli assessori competenti per materia da questi permanentemente delegati.

Il **Comune di Livorno**, in qualità di capofila, si fa carico – a fronte di una quota associativa posta a carico dei singoli Comuni in base a specifici requisiti e parametri – dell’**organizzazione e gestione operativa degli interventi del sistema locale dei servizi sociali e socio-assistenziali**, compreso il servizio sociale professionale, oltre che dell’erogazione delle relative prestazioni ai cittadini. Mentre a Collesalveti esiste un ufficio dei servizi sociali (con personale in capo a Livorno ma distaccato sul territorio), a Capraia Isola – date le piccole dimensioni del Comune – il servizio sociale viene invece garantito dalla presenza, a settimane alternate, di un assistente sociale del Comune di Livorno.

Il raccordo per l’esercizio delle funzioni di integrazione sociosanitaria viene garantito dall’articolo 10 comma 6 della Convenzione sopra citata. Nel territorio livornese non è presente Società della Salute, dal dicembre 2020 è però attiva una [convenzione sociosanitaria con l’Azienda USL Toscana Nord-Ovest per l’esercizio delle funzioni di integrazione sociosanitaria](#), come previsto dall’articolo 70-bis della Legge Regionale 40/2005. In particolare, le aree su cui i Comuni dell’Ambito e l’Azienda USL Nord-Ovest hanno stabilito, di comune accordo, di intervenire in modo integrato sono le seguenti:

- non autosufficienza;
- disabilità;
- salute mentale;
- dipendenze;
- materno-infantile.

Le modalità e le tempistiche di implementazione dell’integrazione nelle suddette materie sono state delineate all’interno del Piano Programma allegato alla Convenzione. Ad esempio, il 2021 ha visto l’implementazione della Convenzione nelle aree relative alla non autosufficienza e disabilità, mentre le attività relative ai percorsi integrati da strutturare nelle rimanenti aree sono iniziate nel 2022.

## **3. Contesto organizzativo**

Nella Zona-distretto Livornese l’**attività di presa in carico dei servizi sociali è organizzata per 4 aree di intervento**, omogenee e corrispondenti ai diversi percorsi assistenziali in relazione alla tipologia di bisogno intercettato:

- contrasto alla povertà;

- tutela dei minori;
- integrazione sociale della disabilità e della ridotta autonomia;
- sostegno della popolazione anziana.

In particolare, per quanto riguarda gli interventi ed i servizi di contrasto alla povertà ed alta marginalità sociale delle persone a rischio di esclusione – focus di questo studio – è il servizio sociale professionale, attraverso le competenze degli assistenti sociali, a seguire i percorsi e le progettualità dei singoli assistiti. Tra gli interventi e i servizi gestiti dal servizio sociale professionale rientrano:

- il Reddito di Cittadinanza (RdC);
- l'erogazione di contributi economici straordinari;
- l'erogazione di servizi di tipo educativo ed assistenza domiciliare;
- il pronto intervento sociale;
- i servizi di ospitalità per senza dimora;
- i servizi residenziali per persone con difficoltà abitative e socio-relazionali;
- i progetti *housing first* e *housing led*.

Al servizio sociale professionale si affianca poi la gestione amministrativa degli interventi di carattere zonale, curata dai profili amministrativi dell'Ufficio Marginalità e Famiglia, che si occupano della presentazione dei progetti e delle successive fasi di monitoraggio e rendicontazione. Da richiamare inoltre il lavoro svolto dall'Ufficio Casa, che cura la programmazione ed il fabbisogno abitativo, incluso quello di emergenza, regolamentato da apposito accordo.

Alcuni degli interventi appena richiamati – come ad esempio quelli a sostegno della grave marginalità e di persone senza dimora, tipologie di bisogno tipiche dei grandi centri – si concentrano prevalentemente nel Comune di Livorno, con strutture di accoglienza notturna e spazi di aggregazione diurni, centri residenziali, progetti di *housing first* e *housing led*, attività di primo soccorso messe in atto dalle Unità di strada e Pronto intervento sociale. Grazie ai fondi previsti dal PNRR, per la prima volta però anche Collesalveti sperimenterà – nei prossimi anni – alcuni di questi interventi, a partire dall'*housing first*.

Come riportato dettagliatamente di seguito, gli operatori attivi sul territorio dell'Ambito Livornese sono in totale 15, di cui 12 assistenti sociali<sup>31</sup>. Gli intervistati ravvisano una sotto-dotazione di organico a livello di Ambito, relativa tanto ai ruoli di presa in carico e assistenza sociale quanto a quelli di tipo amministrativo.

OPERATORI SUL TERRITORIO			
Figura professionale	Ruolo organizzativo	N. operatori (per figura professionale)	Totale ore settimanali lavorate (per operatore)
Assistente sociale	Responsabile	2	più di 30
Assistente sociale	Case manager	10	più di 30
Amministrativo	Responsabile	2	più di 30
Altro	Responsabile	1	più di 30
<b>TOTALE</b>		<b>15</b>	

In base a quanto rilevato dalla survey, i beneficiari attualmente in carico all'area "**Contrasto alla povertà**" del territorio livornese, ossia quell'area impegnata nell'assistenza economica comunale e nell'inclusione sociale delle famiglie e degli adulti in difficoltà, sono complessivamente 1.050, di cui 500 famiglie con minori (47,6%),

<sup>31</sup> Essendo il **Comune di Livorno** capofila per l'organizzazione e gestione operativa degli interventi del sistema locale dei servizi sociali e socio-assistenziali, il personale riportato nella tabella fa capo a Livorno ma lavora su tutti i Comuni dell'Ambito Livornese, quindi anche Collesalveti e Capraia Isola.

500 coppie con o senza membri aggregati maggiorenni (47,6%) e 50 persone senza dimora (4,8%). Le persone e famiglie di origine straniera rappresentano il 70% del totale. Le nuove prese in carico invece sono circa il 40%, ad indicare che la maggior parte dei casi sono situazioni già conosciute o prese in carico dai servizi.

Rispetto agli **interventi di inclusione sociale**, le tre tipologie prevalenti di bisogno sono:

- beni di prima necessità;
- lavoro/occupazione;
- casa/housing sociale.

Per quanto riguarda la **grave marginalità**, le tre tipologie prevalenti di bisogno rilevate riguardano:

- accoglienza notturna;
- distribuzione beni materiali;
- sostegno al reddito.

La quasi totalità dei casi (98%) è rappresentata da situazioni complesse, che presentano più bisogni contemporaneamente, e che vedono dunque una presa in carico integrata del servizio sociale realizzarsi:

- nel 5% dei casi, rispettivamente, con i soli servizi per il lavoro, con i soli servizi sanitari e sociosanitari specialistici, con i soli servizi educativi, con i soli servizi per l'abitare;
- nell'80% dei casi mediante il coinvolgimento di più servizi contemporaneamente.

#### **4. Integrazione professionale e gestionale**

Il tema dell'**integrazione sociosanitaria**, nell'ottica di una presa in carico globale della persona e di un maggiore integrazione tra risposte sociali e sanitarie, **rappresenta uno degli obiettivi di salute zonali, nonché una delle linee strategiche pluriennali** alla base della [programmazione](#) con cui la Zona Livornese ha recepito gli indirizzi legislativi di Regione Toscana (Legge Regionale 41/2005) in merito al sistema integrato di interventi e servizi sociali da promuovere sui territori.

Nel contesto delle politiche e dei servizi di contrasto alla povertà e marginalità estrema, **un ruolo fondamentale** al fine della realizzazione di tali obiettivi e linee strategiche **è coperto oggi dal GAM: Gruppo Adulti Multiproblematici**. Si tratta di un gruppo operativo di professionisti, nato dal basso già prima dell'introduzione del SIA (Sostegno per l'Inclusione Attiva) con l'obiettivo di **rompere l'isolamento che caratterizzava l'operato dei vari servizi del territorio** e che, nel corso degli anni, si è andato via via formalizzando. Oggi il GAM è un organismo del Comune di Livorno, fa capo al servizio sociale professionale dello stesso, è coordinato dal Coordinatore dell'area marginalità famiglie ed adulti del Comune e si riunisce, di norma, con cadenza bimensile. Il GAM è composto dai seguenti servizi:

- Servizio Sociale Professionale Comunale;
- Servizio Sociale Serd (Servizi per le dipendenze patologiche) e Centro intermedio;
- Servizio Sociale UFSMA (Unità funzionali salute mentale adulti);
- S.E.F.A (Servizio di pronta e temporanea accoglienza);
- Caritas;
- Attività Consultoriale;
- Unità di Strada.

Si tratta perciò di un gruppo di operatori che, da alcuni anni, collaborano nel settore della marginalità e delle povertà estreme con l'obiettivo di offrire risposte il più possibile integrate e coordinate, soprattutto nei confronti di bisogni e situazioni complesse. In questo senso, il gruppo opera sia sui singoli casi sia a livello di

servizio sociale di comunità, confrontandosi – in senso lato – sulle situazioni di marginalità e povertà presenti sul territorio. In particolare, **il GAM concentra la sua attenzione sulle persone senza dimora che vivono situazioni di grave marginalità** e che fanno fatica ad orientarsi nella quotidianità della loro vita, favorendo la loro inclusione sociale e coordinandosi con le realtà territoriali del Terzo settore impegnate sul tema della marginalità. Se abbiamo però dedicato l'intera introduzione a questo lungo *excursus* sul GAM è perché il lavoro di tale gruppo, come vedremo nei prossimi paragrafi, **ha aiutato**, nel corso degli anni, **la collaborazione tra servizi diversi anche su altre situazioni di povertà, offrendo loro un modello** a cui ispirarsi.

#### **4.1 Interna all'area povertà**

Per quanto riguarda l'area povertà del servizio sociale della Zona Livornese, l'integrazione tra i vari servizi ed interventi esistenti è stata favorita, oltre che dal GAM, anche dall'introduzione del Reddito di Cittadinanza dalla formazione di équipe multi-professionali previste dal [Piano Integrato di Salute \(PIS\) 2020-2022](#) per la presa in carico globale delle persone. **Il Reddito di Cittadinanza ha facilitato la formalizzazione della modalità di lavoro in équipe multidisciplinari sui territori**; una modalità di per sé già nelle corde del servizio sociale ma variabilmente applicata a seconda delle situazioni e delle risorse disponibili. **Il PIS ha poi dato un'ulteriore spinta, prevedendo l'estensione delle équipe multidisciplinari**, già sperimentate negli ambiti dell'inclusione sociale e disabilità, come metodo di lavoro sistemico, quindi anche nel contesto di tutti gli interventi di contrasto alla povertà e in relazione alle varie fasi della presa in carico: dalla valutazione del bisogno, alla progettazione personalizzata degli interventi, al monitoraggio delle progettazioni realizzate.

Oggi gli operatori che si occupano di contrasto alla povertà nella Zona Livornese sono piuttosto abituati al lavoro in équipe anche se, nella maggior parte dei casi, la presa in carico da parte del servizio sociale professionale è fatta da un solo operatore del servizio sociale che si confronta e collabora però, quando necessario, con altri servizi.

#### **4.2 Con i servizi per il lavoro**

I rapporti tra servizio sociale e servizi per il lavoro sul territorio **livornese esistono da parecchi anni e sono sia di tipo formale che informale**. Sicuramente, un punto di svolta nella relazione tra servizi sociali e Centro per l'Impiego è stato rappresentato dall'avvento del SIA, che prefigurava un modello di intervento centrato sui servizi di segretariato sociale, servizio sociale professionale, équipe multidisciplinari e reti, siglato da specifici protocolli di intesa. L'introduzione del RdC **ha però profondamente cambiato le modalità di lavoro tra i due servizi**, determinando un doppio punto di ingresso dell'utenza e imponendo un ripensamento dei modelli e protocolli allora vigenti<sup>32</sup>. Oggi, per esempio, **esistono accordi di collaborazione tra Cpl e servizi sociali per quanto riguarda l'attivazione di tirocini di inclusione e percorsi di formazione, mentre sulla presa in carico all'accesso i due servizi collaborano, ma informalmente**. Ad esempio, cercano di intercettare insieme le situazioni cosiddette *borderline*, di confine, che richiederebbero un lavoro integrato, attivando ove possibile colloqui congiunti. Si tratta però di **una collaborazione spesso difficile da realizzare**, sia a causa della scarsa interoperabilità tra le due piattaforme di riferimento (GePI per il servizio sociale e MyAnpal per il Cpl) sia a causa del volume importante di utenza che ancora i territori faticano a smaltire, nonostante l'assunzione di nuovo personale.

A detta dei nostri intervistati, diverse sono le azioni che faciliterebbero la collaborazione tra i due servizi: la possibilità di partecipare a formazioni congiunte; la stipula di ulteriori protocolli condivisi; la presenza di spazi

<sup>32</sup> Si veda, su questo tema specifico, il contributo di Daniela Bartalucci ed Elisa Sironi, [Inclusione e lavoro: l'esperienza di ARTI Livorno](#), pubblicato su *Welforum* il 5 novembre 2021.

di lavoro condivisi; lo scambio informale di pratiche, anche attraverso Comunità di pratiche; e, infine, una migliore condivisione ed interoperabilità dei sistemi informativi.

### 4.3 Con i servizi sociosanitari

Con le parole di uno dei nostri intervistati, **l'integrazione tra servizi sociali e servizi sociosanitari nella Zona Livornese è "più un obiettivo che una realtà nei fatti"**. Cionondimeno, sempre a detta dei nostri intervistati, è stato fatto negli ultimi anni parecchio lavoro da parte di entrambi i servizi in direzione di una programmazione e gestione integrata degli interventi sociosanitari. E con fatica, iniziano a vedersi i primi risultati.

Uno di questi riguarda l'approvazione, nel 2020, della già richiamata [convenzione sociosanitaria con l'Azienda USL Toscana Nord-Ovest per l'esercizio delle funzioni di integrazione sociosanitaria](#). Formalmente, si tratta di una convenzione ancora in vigore anche se in realtà superata dall'approvazione di una seconda Convenzione nel 2021 – necessaria per adeguarsi alle più recenti direttive di Regione Toscana – che però, non essendo ancora stata sottoscritta, non risulta oggi (29 luglio 2022) ufficialmente in vigore. Quello che è importante segnalare però, in relazione a questa seconda Convenzione, è che essa prevede un **Piano di Programma** che, all'Allegato 1, individua le attività volte all'implementazione della Convenzione stessa per il periodo 2021-2023, con relativo cronoprogramma. Tra queste vi sono:

- **la definizione di percorsi integrati nelle varie aree di intervento** (non autosufficienza, disabilità, salute mentale, dipendenze, materno infantile);
- **la definizione di programmi e protocolli operativi;**
- **la ricognizione delle risorse finanziarie, strumentali e di personale;**
- **la gestione di un budget integrato di programmazione.**

Per quanto sia quindi prematuro parlare di un'effettiva integrazione tra lato sociale e lato sanitario, è comunque possibile affermare che **diversi passi sono stati fatti in questa direzione, soprattutto negli ultimi tre anni.**

Come già evidenziato più sopra, il 2021 ha visto gran parte del lavoro sull'integrazione tra servizi sociali e sanitari concentrarsi nelle aree della non autosufficienza e disabilità. Non sorprende quindi che oggi siano questi gli ambiti nei quali si sono fatti più progressi. Ad esempio, il lavoro in équipe nella presa in carico di persone con disabilità (tramite le cosiddette UVMD, Unità di valutazione multidimensionale) è oggi piuttosto strutturato, mentre in altre situazioni la presa in carico congiunta è più difficile da realizzare, come nel caso di situazioni di povertà che richiedono una collaborazione con servizi specialistici quali la **Salute Mentale** e il **Serd**. Qui permangono infatti ancora **resistenze e approcci prestazionali di offerta dei servizi, elementi di per sé difficilmente conciliabili con modalità di presa in carico congiunta tra servizi.**

Tra gli elementi che i nostri intervistati hanno segnalato come potenzialmente propedeutici ad una migliore integrazione tra servizi sociali e servizi specialistici sanitari vi sono: la partecipazione a formazioni congiunte, la supervisione congiunta, a stipula di ulteriori protocolli e regolamenti e, infine, una migliore interoperabilità dei sistemi informativi.

### 4.4 Con altri servizi pubblici territoriali

L'Ambito di Livorno intrattiene anche rapporti consolidati, ma generalmente non formalizzati, con altri servizi, quali **i servizi per l'abitare e i servizi educativi.**

Rispetto ai primi, occorre sottolineare che a Livorno sia l'emergenza lavorativa che quella abitativa raggiungono dimensioni importanti. L'Ufficio Casa, autonomo rispetto al servizio sociale di Comuni, gestisce

generalmente il fabbisogno abitativo in base a proprie graduatorie e propri requisiti di accesso. **La programmazione e gestione del fabbisogno abitativo cosiddetto “di emergenza” rappresenta però un ambito strettamente legato a quello dei servizi sociali** e pertanto si tratta dell’unico ambito regolamentato da apposita [Delibera di giunta comunale](#)<sup>33</sup>. Questa prevede la possibilità di formare, da parte di una **Commissione emergenza abitativa** alla quale partecipano sia i servizi sociali che l’Ufficio Casa, delle graduatorie dedicate all’emergenza abitativa e anche la possibilità di segnalare – da parte del servizio sociale – la complessità di determinate situazioni, così da inserirle con “punteggio” di priorità in graduatoria. La criticità però è che tali accordi non valgono per tutte quelle situazioni che non rientrano nei canoni e requisiti di accesso dell’emergenza abitativa, e che perciò ne restano escluse. Si tratta, ancora una volta, di situazioni *borderline*, alle quali il servizio sociale non riesce a rispondere, se non in casi sporadici – per esempio con albergozioni che risultano però estremamente costose. Per queste situazioni, sia gli accordi formali che informali tra servizi sociali e l’Ufficio Casa sarebbero da migliorare e sviluppare ulteriormente.

Per quanto riguarda invece i servizi educativi, esistono rapporti esclusivamente per quanto riguarda l’ambito della tutela e dei minori e, anche in questo caso, si tratta prevalentemente di **prassi di collaborazione informale centrate sulla segnalazione di situazioni particolarmente problematiche e a rischio di esclusione** dal sistema educativo.

#### **4.5 Integrazione comunitaria**

Le collaborazioni tra servizio sociale ed altri soggetti territoriali, enti del Terzo settore ma non solo – associazioni di volontariato, cooperative sociali, associazioni sportive, parrocchie, organizzazioni non governative, sindacati – sono per lo più **frutto di interlocuzioni antiche, più che decennali**, in alcuni casi formalizzate e in altri no.

Sul territorio livornese, **sono particolarmente attive le collaborazioni relative agli interventi nell’ambito della marginalità estrema e a sostegno di persone senza dimora** o comunque in difficoltà abitativa. Ad esempio, esiste da anni una Convenzione con la Caritas per la gestione del servizio mensa e delle Unità di strada, oppure con la Cooperativa sociale Il Simbolo per le strutture di accoglienza notturna; o ancora vigono rapporti informali con soggetti quali Le Misericordie per la distribuzione di viveri o farmaci. Questi sono solo alcuni esempi, l’offerta di servizi da parte del territorio a supporto della grave emarginazione nella Zona Livornese è infatti assai ricca e capillare, riguarda tutto il territorio dell’Ambito e prevede varie attività e un’estesa copertura di orari.

Quest’**attenzione sulla grave marginalità**, che già abbiamo visto riflessa nel GAM, si è di recente **ulteriormente sviluppata grazie anche ad accordi di co-programmazione, oltre che di co-progettazione, tra servizi sociali e Terzo settore**. Nel gennaio del 2022 è stato emesso – da parte dell’Ambito Livornese – un [Avviso pubblico riservato agli enti del Terzo settore per la co-programmazione di attività ed interventi da realizzare nell’area della marginalità estrema](#), che ha visto la partecipazione di 14 soggetti territoriali che hanno così iniziato a confrontarsi tra loro e con l’Ente pubblico sui bisogni emergenti e relative azioni da intraprendere. Il risultato di questo processo di co-programmazione ha portato a coniugare gli sforzi di tutti i soggetti coinvolti sui seguenti obiettivi:

- creazione di uno **Spazio informativo funzionale virtuale** (attraverso la realizzazione di un’applicazione gratuita per dispositivi mobili) e **non**, facilmente accessibile all’utenza e focalizzato sui servizi attivi in città nell’ambito della marginalità estrema;

<sup>33</sup> Deliberazione della Giunta Comunale 149 del 10/03/2020: *Approvazione modifiche disciplinare per l’accesso all’emergenza abitativa approvato con deliberazione di giunta comunale n. 342/2019.*

- realizzazione di un **Centro servizi**, un luogo che abbia una funzione di regia e monitoraggio su tutta la rete dei servizi pubblici e privati che afferiscono alla grave emarginazione adulta e che possa garantire la presa in carico integrata delle situazioni intercettate.

Si tratta di obiettivi particolarmente rilevanti nel conteso del Progetto *Reticulate* e quindi da monitorare con particolare attenzione.

**Box 1 - Processo di presa in carico integrata dei beneficiari di Reddito di Cittadinanza**

L'avvento del RdC nella Zona Livornese ha aiutato, in generale, la formalizzazione di prassi di lavoro congiunte già esistenti tra operatori diversi (per Ente di appartenenza o ruolo professionale) mentre, nello specifico delle prassi di lavoro integrato tra servizi sociali e Cpl, ha introdotto cambiamenti profondi. Se quindi, da un lato, il RdC ha favorito la diffusione di modalità di lavoro integrato quali quelle delle équipes multi-professionali, dall'altro ha però anche imposto un ripensamento del modello di collaborazione tra servizio sociale professionale e Cpl, oggi non più imperniato sul presidio da parte servizio sociale. La sensazione riportata dai nostri intervistati è infatti quella per cui, essendo il RdC una misura anche lavorativa, venga a mancare il presidio sociale su tutte le situazioni della presa in carico, come invece avveniva per il REI.

Oggi la presa in carico dei beneficiari di RdC da parte del servizio sociale avviene o tramite automatismo, quando i casi compaiono su GePI, o tramite invio concordato da parte del Cpl al servizio sociale. In questa seconda situazione, il Cpl si avvale di un operatore denominato "operatore dello svantaggio" che rileva le situazioni ad alta vulnerabilità e si interfaccia col servizio sociale previo invio. Si tratta di una collaborazione non formalizzata ma comunque atta ad agevolare la presa in carico da parte del servizio sociale, permettendo per esempio la verifica di situazioni già in carico o comunque già conosciute da parte del servizio sociale.

Una volta stabilita la presa in carico da parte del servizio sociale, avviene poi l'assegnazione delle situazioni agli assistenti sociali per i colloqui e le Analisi preliminari. Nella Zona Livornese, non esiste però un'area RdC del servizio sociale. Al contrario, il RdC riguarda trasversalmente diverse aree di intervento del servizio sociale, dal lavoro con famiglie e minori a quello con adulti fragili. I casi vengono perciò assegnati agli assistenti sociali in base alle disponibilità e, tendenzialmente, là dove già in carico ad un servizio, all'assistente sociale già assegnato al caso specifico.

Fatta l'assegnazione, si cerca poi di seguire – per quanto possibile – le linee guida ministeriali sulla presa in carico. Le situazioni in carico al servizio sociale sono però numerose e complesse nella maggior parte dei casi; per questo il servizio sociale fatica a rispettare le tempistiche stabilite dalla legge sulle varie fasi della presa in carico. Inoltre, per quanto riguarda la convocazione di équipes multidisciplinari, questa risulta spesso faticosa a causa del difficile coinvolgimento dei servizi specialistici, soprattutto quelli sanitari.

Le équipes multidisciplinari su situazioni di RdC vengono sempre convocate dal servizio sociale al bisogno, non esistono perciò équipes stabili in senso stretto ma solo équipes *ad hoc*. Generalmente, la partecipazione del Cpl è garantita, e anche quella del Terzo settore, ove necessario. Sicuramente, anche grazie al GAM che negli anni ha favorito la collaborazione tra vari professionisti ed operatori su situazioni complesse e particolarmente vulnerabili. Rimane però ancora parecchio faticoso il coinvolgimento dei servizi sanitari specialistici nelle équipes RdC.

Di seguito riportiamo i principali punti di forza e le principali criticità riscontrate sul territorio livornese per quanto riguarda la presa in carico di beneficiari RdC.

Punti di forza:

- Abitudine al lavoro integrato, soprattutto su situazioni complesse, grazie soprattutto alla presenza del GAM che lavora ormai da anni sul territorio;
- Esistenza di pratiche formali e informali di collaborazione tra Cpl e servizi sociali, frutto di una collaborazione già attiva prima del SIA.

Criticità:

- Il coinvolgimento dei servizi sociosanitari specialistici rimane faticoso e non sempre si riesce a realizzare;
- Il lavoro congiunto tra servizi sociali e Cpl non è facilitato dall'utilizzo delle piattaforme (GePI e MyAnpal) scarsamente interoperabili. GePI, inoltre, risulta complessa da utilizzare e anche di difficile accesso per gli operatori.

## **5. Conclusioni, tra punti di forza e debolezza, attenzioni e prospettive di sviluppo**

Per quanto riguarda le situazioni di povertà presenti sul territorio, l'Ambito di Livorno si caratterizza di due tipologie di bisogno particolarmente marcate: il bisogno lavorativo e quello abitativo.

Sul bisogno lavorativo, il servizio sociale agisce prevalentemente in sinergia coi Cpl, attraverso l'offerta di contributi economici ma anche attraverso l'attivazione di percorsi di inclusione sociale, formazione e tirocini. Sul bisogno abitativo invece esiste ormai da anni una collaborazione attiva con le realtà del Terzo settore che, a vario titolo, – in alcuni casi formalmente e in altri in modo informale – si occupano essenzialmente di:

- distribuzione di viveri, indumenti, farmaci;
- gestione di mense, strutture di accoglienza notturna, comunità residenziali, docce e strutture per l'igiene personale;
- unità di strada mobili;
- servizi informativi e di orientamento;
- *counseling* e sostegno psicologico.

Alla luce delle sinergie e collaborazioni esistenti tra servizio sociale ed altri servizi nell'ambito del contrasto alla povertà e grave marginalità, concludiamo con due riflessioni – sollecitate dalle considerazioni stesse dei nostri intervistati – che racchiudono sia i punti di forza che quelli di debolezza dell'integrazione tra servizi sul territorio:

- la **presenza di modelli quali il RdC**, con rispettive linee guida per la realizzazione di una presa in carico integrata tra servizi, **aiutano a formalizzare prassi di lavoro congiunto tra diversi operatori all'interno del servizio sociale, ma faticano a trovare spazio e ad integrarsi con altri servizi**. L'integrazione istituzionale coi i servizi sociosanitari specialistici, ad esempio, rimane difficile e ancora dipendente – nonostante la presenza di un modello per la presa in carico integrata – dalla volontà e disponibilità dei singoli operatori. Anche l'integrazione istituzionale coi Cpl, funzionale sul territorio, non sembra essere stata particolarmente agevolata dall'introduzione del RdC: l'integrazione tra questi due servizi nella Zona Livornese era infatti già operativa e il RdC ne ha modificato (e non necessariamente migliorato) le modalità.
- **l'apertura al territorio e ai soggetti del territorio, attraverso diverse forme di collaborazione, rappresenta la vera chiave di svolta per una risposta il più possibile integrata ai bisogni più complessi**. Ne sono un esempio il GAM, ma anche la recente co-programmazione e co-progettazione attivata dall'Amministrazione con gli enti del Terzo settore nell'area della marginalità estrema. In particolare, la co-programmazione ha permesso di avviare un percorso che prevede, tramite la **realizzazione di un unico Centro Servizi facilmente accessibile, la ricomposizione e messa in rete di tutti i servizi pubblici e privati del territorio livornese a sostegno della grave marginalità**: una sfida ma anche una possibilità per realizzare davvero, operativamente e nei processi di presa in carico, l'integrazione tra servizi diversi.

## SOCIETÀ DELLA SALUTE AMIATA GROSSETANA, COLLINE METALLIFERE, GROSSETANA (COeSO)

*Il presente caso studio è stato costruito a partire da un insieme di fonti secondarie e rilevazioni ad hoc. Tra le principali fonti secondarie consultate vi sono il Profilo di Salute 2021, contenente un ampio set di indicatori socio-demografici e sanitari a supporto della programmazione territoriale di Zone-distretto e Società della Salute in Toscana, documenti istituzionali (Convenzione di istituzione della SdS Grossetana e Regolamento unico di accesso ai servizi sociali e sociosanitari della stessa) e una serie di materiali raccolti dalla Comunità di Pratica sull'inclusione sociale in Regione Toscana, che negli ultimi due anni si è concentrata in particolare sulla presa in carico delle famiglie vulnerabili con minori e sull'integrazione tra servizi sociali e servizi per il lavoro. Il quadro di contesto e di governance così delineato è stato integrato con i dati raccolti mediante una survey, rivolta ai referenti delle Zone-distretto/SdS e dei Comuni dell'area di interesse, relativa allo stato dell'integrazione tra servizi pubblici e soggetti territoriali coinvolti nel sostegno alle vulnerabilità (aprile-maggio 2022). Tali informazioni sono state successivamente approfondite mediante interviste qualitative semi-strutturate<sup>34</sup> (maggio-giugno 2022).*

### 1. Contesto socio-economico

La Società della Salute dell'Area sociosanitaria Amiata Grossetana, Colline Metallifere e Grossetana (COeSO-SdS Grosseto), insieme a quella Senese, dell'Amiata Senese, Val d'Orcia e Valdichiana Senese, e dell'Alta Valdelsa, è collocata nel territorio dell'Azienda USL Toscana Sud-Est e conta un totale di 171.000 abitanti. La SdS Grosseto è un'ampia zona, composta da 20 Comuni (Arcidosso, Campagnatico, Castel del Piano, Castell'Azzara, Castiglione della Pescaia, Civitella Paganico, Cinigiano, Follonica, Gavorrano, Grosseto, Massa Marittima, Monterotondo Marittimo, Montieri, Roccalbegna, Roccastrada, Santa Fiora, Scansano, Scarlino, Seggiano e Semproniano), con Grosseto capofila e Comune più popoloso.

I dati contenuti nel Profilo di Salute relativo all'anno 2020<sup>35</sup> mettono in evidenza come nell'Area Amiata Grossetana, Colline Metallifere e Grossetana il tasso di natalità (pari al 5,6%) sia inferiore alla media regionale (6,3%) e di contro l'**indice di vecchiaia** (pari a 264,4) sia nettamente **superiore alla media regionale** (215,4), ad indicare un'anzianità anagrafica significativa degli abitanti dei Comuni della Zona. Gli stranieri iscritti all'anagrafe sono il 10,4%, dato in linea con quello regionale (10,7%).

Il reddito medio imponibile IRPEF per contribuente in Toscana è mediamente pari a 21.356 euro, che scende a 19.192 euro della zona di interesse. Tale dato è presumibilmente legato alle specificità della struttura produttiva territoriale, alle caratteristiche del mercato del lavoro locale e alla presenza di pensionati con redditi inferiori a quelli regionali. Il tasso delle pensioni sociali ed assegni sociali, che misura le possibili difficoltà economiche della popolazione anziana, è infatti sensibilmente più alto (pari al 3,9%) rispetto alla media regionale (3,6%). Le famiglie che nel 2020 hanno richiesto un'integrazione economica a copertura del

<sup>34</sup> In particolare, sono state condotte tre interviste qualitative:

- la prima, esplorativa, il giorno 30-05-2022, con Massimiliano Marcucci, *Responsabile Servizi Socio-educativi, COeSO* e Andrea Solimeno, *Responsabile Area Povertà, COeSO*;
- la seconda, in profondità, il giorno 15-06-2022 con Andrea Solimeno, *Responsabile Area Povertà, COeSO*;
- la terza, in profondità, il giorno 17-06-2022 con Katia Messina, *Assistente Sociale, COeSO*.

Nel presente caso studio, presentiamo i dati raccolti da fonti primarie riferendoci in generale, salvo specificazioni, a coloro che hanno preso parte al questionario e alle interviste qualitative come agli "intervistati".

<sup>35</sup> Per approfondimenti si veda: [Indicatori di salute. Zona Amiata GR, Colline Metallifere, Grossetana](#), 8 dicembre 2021.

canone di locazione, indicatore che rileva una certa **vulnerabilità sia economica che abitativa** delle famiglie, rappresentano il 13,3% del totale, contro l'11,4% a livello regionale. Anche le famiglie che presentano un ISEE inferiore ai 6.000 euro sono, sempre nello stesso anno, in percentuale maggiore della media regionale, pari rispettivamente al 7,6% e al 7% del totale. Un ultimo indicatore esplicativo di una certa fragilità del contesto socio-economico dell'Area riguarda il disagio lavorativo, e in particolare il "tasso grezzo di disoccupazione", che mette in rapporto gli iscritti ai Centri per l'Impiego disponibili al lavoro con la popolazione in età attiva, che nella zona di interesse è pari al 24,2%, contro il 22,8% regionale.

Il territorio dell'Area sociosanitaria Amiata Grossetana, Colline Metallifere e Grossetana si caratterizza inoltre per un **tessuto urbano rarefatto**, soprattutto in relazione ai centri interni, che si riflette anche sul fattore prossimità, non solo relativamente alle possibilità di accesso ai servizi ma anche in termini di tessuto relazionale e reti sociali primarie di protezione delle comunità (legami e prossimità parentali, amicali e di vicinato).

## **2. Contesto di governance**

La Società della Salute dell'Area sociosanitaria Amiata Grossetana, Colline Metallifere e Grossetana si costituisce nel giugno 2017, mediante [convenzione](#) istitutiva, con un proprio statuto, e per adesione volontaria degli associati, quale consorzio pubblico tra l'Azienda USL Toscana Sud-Est e i Comuni di Arcidosso, Campagnatico, Castel del Piano, Castell'Azzara, Castiglione della Pescaia, Civitella Paganico, Cinigiano, Follonica, Gavorrano, Grosseto, Massa Marittima, Monterotondo Marittimo, Montieri, Roccalbegna, Roccastrada, Santa Fiora, Scansano, Scarlino, Seggiano e Semproniano. Dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia amministrativa, organizzativa, contabile, gestionale e tecnica, COeSO rappresenta la struttura organizzativa volta all'esercizio integrato di funzioni di indirizzo, programmazione e governo delle attività socio-assistenziali, sociosanitarie e sanitarie territoriali, nonché all'organizzazione e gestione di attività sociosanitarie ad alta integrazione sanitaria, prestazioni sanitarie a rilevanza sociale ed attività di assistenza sociale individuate ai sensi degli indirizzi contenuti nel Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR).

Rispetto ad altre Società della Salute toscane, **una peculiarità di COeSO è rappresentata dalla genesi stessa della SdS**: si tratta infatti di una **genesì di stampo sociale**, a partire dai Comuni, che gradualmente si sono associati andando ad includere anche i servizi sanitari, laddove invece la maggior parte delle SdS toscane rappresentano una estensione delle Aziende USL e quindi di servizi sanitari che, al contrario, gradualmente hanno incluso anche il sociale. Nello specifico, COeSO era in origine un Consorzio per la gestione dei servizi sociali composto dai soli sei Comuni dell'Area Grossetana che, in seguito all'introduzione delle Società della Salute in Toscana (LR 60/2008), ha provveduto a trasformarsi in SdS aprendo la partecipazione all'Azienda USL Toscana Sud-Est. Nel giugno del 2017 è avvenuta la fusione per incorporazione della SdS Colline Metallifere e della SdS Amiata Grossetana, presenti nell'allora nuova Zona-distretto istituita con Legge regionale 11/2017.

COeSO mette a disposizione risorse umane e strumentali, attuando tutte le azioni necessarie a garantire le funzioni di governo, indirizzo, programmazione e controllo. In particolare, mediante propri atti di programmazione e accordi di servizio, regola:

- il **rapporto tra i singoli Comuni associati e la SdS** per quanto riguarda il finanziamento di attività, servizi e prestazioni relativi alla gestione associata delle materie socio-assistenziali e sociosanitarie, dei servizi e delle prestazioni legate al welfare comunale;
- il **rapporto tra l'Azienda USL Toscana Sud-Est e la SdS** per quanto riguarda l'allocazione delle risorse relative alle materie della sanità territoriale, sociosanitarie e sanitarie integrate.

Costituendo riferimento vincolante per il Piano Integrato di Salute (PIS) e il Piano d’Inclusione Zonale (PIZ), gli atti annuali e pluriennali che regolano tali rapporti sono coordinati sia con i processi di programmazione interni alle singole Amministrazioni/Azienda USL sia con i processi di programmazione regionale.

Inoltre COeSO, mediante apposito [regolamento](#) dell’agosto 2019, disciplina il sistema integrato di interventi e servizi sociali, e i relativi percorsi di accesso, articolandolo in due distinte aree di intervento: socio-assistenziale (comprendente interventi di sostegno economico, assistenza domiciliare, assistenza socio-educativa, supporto alla genitorialità, incontri protetti, inserimenti socio-riabilitativi, servizi residenziali e semiresidenziali) e sociosanitaria (comprendente assistenza domiciliare integrata, sostegno economico alla domiciliarità, centri diurni per non autosufficienti e persone con disabilità, ricoveri in RSA).

### **3. Contesto organizzativo**

È in capo a COeSO-SdS Grosseto la **direzione di tutti gli interventi di servizio sociale**, che si articola oggi in 5 aree di intervento, distinte secondo un criterio “tematico” e non “territoriale”, ognuna delle quali sotto la responsabilità di un *Incarico di organizzazione*:

- area minori;
- area non autosufficienza e disabilità;
- strutture residenziali e semiresidenziali;
- servizi socio-educativi;
- servizio sociale territoriale.

Quest’ultimo, a sua volta, vede tre ulteriori suddivisioni di responsabilità, o *Incarichi professionali*: uno sull’area Povertà; uno come riferimento per tutti i territori dell’area ex Grossetana e ex Amiata Grossetana; uno come riferimento per tutti i territori dell’area ex Colline Metallifere. L’attuale organigramma di CoeSo SdS Grosseto può essere consultato qui: <http://www.coesoareagr.it/2022/05/05/organigramma-2/>.

L’**articolazione** appena descritta, seppur immaginata e pianificata già da alcuni anni, si è in realtà **concretizzata solo di recente**. Fino al 2021, tutto il servizio sociale risultava infatti sotto la direzione di un’unica figura di responsabilità e non esistevano – a livello di organigramma – né aree di intervento distinte per quanto riguarda il servizio sociale, né figure intermedie di cosiddetto *middle management*. Valeva al contrario una suddivisione puramente territoriale, con operatori e professionisti dedicati nei vari Comuni. Si tratta di un cambiamento particolarmente rilevante per quanto riguarda lo stato dell’integrazione interna al servizio sociale, che riprenderemo successivamente.

Per quanto riguarda nello specifico l’area povertà – focus di questo caso studio – **COeSO è responsabile di tutti i servizi di contrasto attivi della Zona-distretto, dal Reddito di Cittadinanza ai servizi per la grave marginalità, dai contributi economici ai pacchi viveri e pasti a domicilio<sup>36</sup>, fino alle varie progettualità atte a prevenire la cronicizzazione di situazioni di povertà e a favorirne una fuoriuscita**. Non esistono perciò, all’interno dell’Area sociosanitaria dell’Amiata Grossetana, Colline Metallifere e Grossetana, responsabilità in capo a diversi soggetti per quanto riguarda gli interventi suddetti. Questo significa anche che non esistono nemmeno assistenti sociali “comunali” propriamente detti, semmai “territoriali”: anche l’assunzione e

---

<sup>36</sup> In conseguenza della crisi pandemica, COeSO ha inoltre gestito, nelle ultime tre annualità (2020-2022), la distribuzione straordinaria di buoni pasto per conto dei Comuni:

- 2020 – Fondi statali (destinati a tutta l’Area): 916.360 euro, per un totale di 4566 utenti coinvolti;
- 2021 – Fondi statali (destinati ai Comuni di Grosseto, Follonica, Arcidosso): 615.900 euro, per un totale di 3177 utenti coinvolti;
- 2022 – Fondi regionali, Progetto SIC (destinati a tutta l’Area) 982.377 euro, per un totale di 703 utenti coinvolti.

gestione del personale che opera nei servizi sociali dei Comuni è infatti responsabilità di COeSO. Il personale lavora poi, grazie ad accordi siglati tra le parti coinvolte, nelle sedi di lavoro territoriali dislocate negli uffici dei Comuni.

Il fatto che tutti i Comuni della SdS abbiano delegato a COeSO la gestione dei propri servizi sociali non implica però necessariamente che i Comuni stessi non possano attivare e prevedere – in aggiunta – ulteriori misure di servizio sociale, compresi i servizi di contrasto alla povertà. Quando però questo avviene, si tratta generalmente di piccoli progetti a sostegno di organizzazioni ed associazioni del territorio. È il caso, per esempio, del Comune di Grosseto che sostiene alcuni progetti a supporto della grave marginalità tramite contributi destinati ad associazioni di volontariato del territorio.

In totale, nell'area povertà operano 32 assistenti sociali – ognuno sul territorio del proprio Comune di competenza – di cui 9 specificatamente ed esclusivamente dedicati al Reddito di Cittadinanza. Come riportato dettagliatamente di seguito, oltre ad assistenti sociali, sono coinvolti nell'implementazione del Reddito di Cittadinanza anche educatori e personale amministrativo.

OPERATORI SUL TERRITORIO			
Figura professionale	Ruolo organizzativo	N. operatori (per figura professionale)	Totale ore settimanali lavorate (per operatore)
Assistente sociale	Responsabile	5	più di 30
Assistente sociale	<i>Case manager</i>	27	più di 30
<b>TOTALE</b>		<b>32</b>	

OPERATORI DEDICATI AL REDDITO DI CITTADINANZA			
Figura professionale	Ruolo organizzativo	N. operatori (per figura professionale)	Totale ore settimanali lavorate (per operatore)
Collaboratore Tecnico Prof.le Senior	Responsabile Area povertà	1	più di 30
Assistente sociale	<i>Case manager</i>	9	1 (tra 0 e 10) 4 (tra 10 e 20) 1 (tra 20 e 30) 3 (più di 30)
Educatore	-	2	più di 30
Amministrativo	Referente progetti marginalità estrema	1	più di 30
<b>TOTALE</b>		<b>13</b>	

Con una media annua di circa 100 beneficiari<sup>37</sup> afferenti all'area "Reddito di Cittadinanza/grave emarginazione" per assistente sociale con ruolo organizzativo di *case manager* coinvolto in quest'ultima, gli intervistati non ravvisano una sotto-dotazione di organico, ritenendo dunque adeguata la forza lavoro messa in campo per rispondere ai bisogni di persone e famiglie vulnerabili.

In base a quanto rilevato dalla survey, i beneficiari attualmente in carico all'area "**Reddito di Cittadinanza/grave emarginazione**" della SdS Grosseto sono in totale 915, di cui 580 famiglie con minori

<sup>37</sup> Tale indicatore è stato calcolato effettuando il rapporto tra il totale dei beneficiari attualmente in carico all'area "Reddito di Cittadinanza/grave emarginazione" (915) e il numero di assistenti sociali *case manager* dedicati alla stessa (9), indipendentemente dalle ore lavorate. Ipotizzando di fare un calcolo per equivalenti tempi pieni degli assistenti sociali *case manager* la media di beneficiari presi in carico aumenterebbe fino a circa 150 per operatore.

(63,4%), 310 coppie con o senza membri aggregati maggiorenni (33,9%) e 25 senza dimora (2,7%). Tra i beneficiari, le persone e famiglie di origine straniera sono circa un quarto del totale. Le nuove prese in carico, ossia situazioni mai rivolte prima ai servizi o assenti dal circuito degli stessi da almeno 10 anni, sono circa il 30%: si tratta dunque per la maggioranza di casi già conosciuti o precedentemente presi in carico. Le prese in carico complesse, che associano più bisogni, rappresentano indicativamente meno di un terzo (30%) del totale. Per quanto riguarda i beneficiari di Reddito di Cittadinanza, le tre tipologie prevalenti di bisogno sono rappresentate da:

- sostegno al reddito;
- lavoro/occupazione;
- salute.

Per quanto riguarda la grave emarginazione, i bisogni prevalenti a cui i servizi sono chiamati a dare risposta, anche attraverso unità di strada e mense sociali, risultano essere:

- accoglienza notturna;
- casa/housing sociale;
- distribuzione beni materiali.

I beneficiari attualmente in carico all'area "**Contrasto alla povertà**" del territorio grossetano, ossia quell'area impegnata nell'assistenza economica comunale e nell'inclusione sociale delle famiglie e degli adulti in difficoltà, sono complessivamente 634, di cui 392 famiglie con minori (61,8%) e 242 coppie con o senza membri aggregati maggiorenni (38,2%). Anche in questo caso le persone e famiglie di origine straniera rappresentano un quarto del totale; le nuove prese in carico sono circa il 30%, così come un terzo del totale sono state segnalate essere le prese in carico che assommano più bisogni insieme, prevalentemente sostegno al reddito, beni di prima necessità e casa.

#### **4. Integrazione professionale e gestionale**

Complessivamente, esiste un buon livello di integrazione professionale e gestionale all'interno dei servizi sociali territoriali gestiti da COeSO, soprattutto per quanto riguarda le situazioni gestite in équipe. La gestione diretta e centralizzata dei servizi sociosanitari e socio-educativi di COeSO, compreso il servizio sociale territoriale, favorisce infatti la collaborazione interna al servizio sociale, anche tra professionisti afferenti a diverse aree di lavoro. La riorganizzazione interna per aree "tematiche" di intervento, sopra descritta, rappresenta un elemento facilitatore di tale collaborazione: favorendo lo sviluppo di un **approccio integrato alla gestione dei servizi sociali anche a livello organizzativo**, sollevando i professionisti e gli operatori dal dover "realizzare" l'integrazione esclusivamente da sé.

L'integrazione professionale e gestionale tra il servizio sociale territoriale di COeSO e altri servizi, pubblici e non – servizi per il lavoro, sociosanitari, educativi, per l'abitare, servizi offerti da soggetti territoriali – è stata invece favorita da prassi di lavoro in équipe ormai consolidate a livello di servizio sociale, unite alla presenza di tavoli tecnici a supporto di tali pratiche. Presenteremo nei prossimi paragrafi delle analisi distinte per ogni servizio, dal momento che sia le origini della collaborazione tra i diversi servizi sia i livelli di integrazione raggiunti sono variabili.

##### ***4.1 Interna all'area povertà***

Per quanto riguarda lo stato dell'integrazione all'interno del servizio sociale territoriale, in cui rientra l'area povertà, ribadiamo quanto già affermato: esistono buone pratiche e un buon livello di collaborazione rispetto

al lavoro congiunto tra professionisti afferenti ad aree diverse, **in particolare tra coloro che si occupano di Reddito di Cittadinanza e il servizio sociale territoriale e soprattutto in relazione all’attivazione di équipe multidisciplinari**. Questo anche grazie all’assetto organizzativo di COeSO che prevede figure di *middle management* tra il dirigente di tutta l’area dei servizi sociali e gli operatori dei singoli servizi, proprio in ragione della funzione di coordinamento che tali figure svolgono al loro interno ma anche tra le diverse aree. Nel Box 1, relativo alla presa in carico integrata dei beneficiari di Reddito di Cittadinanza, viene riportato un esempio di lavoro di coordinamento tra aree realizzato proprio grazie a queste figure intermedie.

Inoltre, **la presenza ormai stabile di due tavoli tecnici** – il *tavolo tecnico tra servizio sociale e salute mentale adulti* e il *tavolo tecnico per la tutela minori*, di cui parleremo al punto 4.3 relativo all’integrazione coi servizi sociosanitari – **rappresenta un ulteriore elemento facilitatore dell’integrazione**. Grazie a questi due tavoli è stata infatti favorita negli anni la metodologia del lavoro in équipe multidisciplinari, prevista anche nella presa in carico dei beneficiari di Reddito di Cittadinanza, e così il raccordo e il confronto tra operatori e servizi diversi su situazioni in carico a più di un servizio.

Come indicato dagli intervistati, sono due i principali aspetti migliorabili relativi al lavoro congiunto tra i diversi operatori dell’area povertà:

- l’utilizzo efficace di software, piattaforme e banche dati performanti, per essere aggiornati in tempo reale sugli sviluppi di quelle situazioni in carico a più servizi. Oggi, nonostante la presenza di un software unico per tutte le aree, per ottenere aggiornamenti puntuali è ancora necessario il confronto diretto (per lo più a voce) tra operatori afferenti alle diverse aree, in quanto le informazioni fornite dal software risultano spesso obsolete;
- l’organizzazione di occasioni di scambio e confronto, non solo per quanto riguarda le prese in carico congiunte tra servizi, ma anche per aggiornamenti reciproci tra le varie aree di lavoro, sui progetti in essere e le progettualità in campo.

#### **4.2 Con i servizi per il lavoro**

COeSO ha rapporti di collaborazione con i Centri per l’Impiego (Cpl) presenti sul territorio da ormai più di 10 anni. Si tratta di **rapporti informali**, dal momento che le **pratiche di collaborazione** via via sviluppatesi tra i due servizi non si sono **mai tradotte in accordi o protocolli condivisi** di lavoro. Ciononostante, esistono prassi di lavoro consolidate e buoni rapporti di collaborazione, anche grazie allo sforzo fatto nel corso degli anni dai responsabili dei due servizi – che si confrontano con cadenza settimanale – proprio in direzione di una maggiore integrazione. Si tratta, peraltro, di pratiche e rapporti di collaborazione che l’introduzione del Reddito di Cittadinanza ha ulteriormente incentivato: operatori dei servizi sociali e dei Cpl si confrontano infatti abitualmente, in particolare sulle situazioni in carico ad entrambi i servizi per capire se gli interventi attivati funzionano o meno, o anche per concordare l’allocazione ad un servizio piuttosto che ad un altro.

Può accadere, ad esempio, che il servizio sociale attivi tirocini di inclusione sociale per situazioni di RdC in carico ai Cpl, quando si tratta di situazioni in carico da tempo anche al servizio sociale; in questi casi, la collaborazione tra servizi va oltre il semplice trasferimento di situazioni da una piattaforma all’altra (Gepi e MyAnpal), implicando al contrario un confronto e un lavoro congiunto, seppur informale, tra operatori di servizi diversi al fine di individuare la miglior soluzione disponibile tra quelle che i servizi, nel loro complesso, possono offrire. Nella stessa logica, capita anche che avvengano delle “staffette” al contrario: dai servizi sociali ai Centri per l’Impiego, quando per esempio questi ultimi hanno bandi aperti per tirocini per determinati target d’utenza. Ecco quindi spiegato come, grazie alla presenza di rapporti di collaborazione informali, i servizi riescano ad offrire alle rispettive utenze risposte migliori e più complete di quelle che attiverrebbero singolarmente.

Così come non esistono rapporti di collaborazione formali tra servizi sociali e Cpl, **non esistono** nemmeno **équipe multidisciplinari stabili** che vedono la presenza dei due servizi qui analizzati. L'**attivazione delle équipe avviene** infatti **ad hoc**, a partire dai bisogni rilevati sulle singole situazioni e solitamente, quando i servizi sociali sono responsabili della presa in carico, da parte dell'assistente sociale di riferimento, che intercetta i servizi e gli operatori da coinvolgere. A seconda poi delle disponibilità del momento, le équipe vengono convocate o nella sede dei servizi sociali o nella sede del Centro per l'Impiego. Quella di non avere équipe stabili è una specifica scelta di COeSO: dato infatti che i casi vengono allocati agli assistenti sociali del territorio in base alla residenza delle persone e dei nuclei familiari in carico al servizio sociale, le équipe vengono attivate direttamente sui territori e coinvolgono professionisti e servizi attivi sugli stessi che peraltro – a seconda dei bisogni e delle situazioni – possono di volta in volta cambiare. Occorre però ribadire che, bensì non vi siano équipe stabili, vi sono comunque **tavoli tecnici di lavoro stabili** sui territori di COeSO, che si riuniscono a cadenza quindicinale (si veda il prossimo paragrafo); la loro presenza ha infatti facilitato e continua ancora a facilitare il lavoro d'équipe, proprio in ragione dell'attitudine al lavoro integrato tra servizi che questi tavoli sono riusciti a sviluppare.

In base a quanto rilevato dalla survey, la definizione di protocolli e regolamenti condivisi oltre che l'ulteriore scambio informale di pratiche, anche attraverso Comunità di pratiche, e l'opportunità di partecipare a formazioni congiunte potrebbero senz'altro rafforzare la già esistente collaborazione tra servizi sociali e Centri per l'Impiego.

#### **4.3 Con i servizi sociosanitari**

Alcune delle considerazioni fatte sopra per quanto riguarda lo stato dell'integrazione tra servizio sociale e servizi per il lavoro valgono anche per quanto riguarda le pratiche di collaborazione con i servizi sociosanitari. I rapporti di collaborazione tra i due servizi esistono da oltre dieci anni e il lavoro in équipe avviene secondo modalità simili: le **équipe vengono costituite ad hoc**, quindi al bisogno e in base ai bisogni degli utenti, riunendosi – a seconda della disponibilità – o nella sede dei servizi sociali o in quella dei servizi sociosanitari specialistici. Vi sono però due differenze fondamentali che occorre evidenziare:

- la prima è che, essendo l'Azienda USL Toscana Sud-Est parte di COeSO, esistono **rapporti istituzionali inter-settoriali formali** preesistenti, corredati da **accordi e protocolli condivisi**;
- la seconda riguarda invece le difficoltà riscontrare, e riconducibili alle diverse culture organizzative dei due servizi, nel realizzare l'integrazione a livello operativo.

Servizi sociosanitari specialistici e servizi sociali operano secondo norme, procedure e logiche spesso diverse. Ad esempio, la logica della presa in carico sanitaria è generalmente prestazionale: al bisogno rilevato si risponde con una prestazione. Nel contesto dei servizi sociali la logica della presa in carico è al contrario più globale e prevede l'attivazione di percorsi di supporto flessibili e altamente personalizzati. I **rapporti personali consolidati tra operatori** riescono in alcuni casi ad agire nella direzione di un superamento delle barriere all'integrazione determinate da culture organizzative tra loro assai diverse. Si tratta di un lavoro però faticoso e peraltro, secondo quanto riportato dai nostri intervistati, poco agevolato a livello di normativa nazionale. La percezione prevalente è infatti quella per cui, anche a livello normativo e soprattutto per quanto riguarda la normativa nazionale sul RdC, la presa in carico globale e personalizzata delle situazioni ricade sempre sul servizio sociale, mentre agli altri servizi compete un ruolo più ancillare e, appunto, prestazionale.

A vantaggio comunque dell'integrazione tra servizio sociale e servizi sociosanitari specialistici sui territori dell'Amiata Grossetana, Colline Metallifere e Grossetana esistono i due tavoli tecnici stabili di cui si è già

detto più sopra. Pur non annullando le difficoltà appena descritte, questi tavoli rappresentano infatti **un'importantissima risorsa e un aiuto alla collaborazione tra i professionisti** dei due servizi:

- **il Tavolo tecnico tra servizio sociale e Salute Mentale adulti:** attivo da circa 9 anni, si riunisce a cadenza quindicinale e coinvolge, variabilmente, operatori del servizio sociale (anche area povertà) e operatori della salute mentale adulti per ragionare in modo condiviso ed integrato sulle situazioni in carico ad entrambi i servizi. Il tavolo, risultato del consolidamento nel tempo di collaborazioni antiche, prevede un protocollo condiviso e viene attivato al bisogno dall'assistente sociale referente;
- **il Tavolo tecnico per la Tutela Minori:** attivo da circa 8 anni, si riunisce a cadenza quindicinale e coinvolge operatori del servizio sociale (nello specifico area minori, ma all'occorrenza anche area povertà) e operatori della salute mentale infanzia-adolescenza, della salute mentale adulti, del consultorio e del Serd, a seconda del bisogno. Il tavolo, anch'esso risultato del consolidamento nel tempo di pratiche condivise, si definisce come luogo di raccordo e confronto tra i diversi servizi coinvolti e si articola in **tre Tavoli tecnici specifici:** in ogni ex zona (Amiata Grossetana, Colline Metallifere e Area Grossetana) opera un Tavolo tecnico per la Tutela Minori, al quale partecipano gli operatori dei diversi servizi competenti per territorio.

Grazie proprio al lavoro di scambio continuo messo in atto da questi due tavoli, COeSO ha sviluppato nel tempo un'attitudine al lavoro integrato tra servizi e alla costruzione di équipe multidisciplinari – quando necessarie – per la presa in carico di persone e famiglie vulnerabili. Tale attitudine non riguarda solo il lavoro con i servizi sociosanitari, ma si estende anche ai servizi per il lavoro, a quelli educativi e ai vari soggetti territoriali, con i quali non sono presenti équipe stabili ma prassi di lavoro consolidate negli anni.

Secondo quanto rilevato dalla survey, anche per quanto riguarda l'integrazione tra servizi sociali e servizi sociosanitari specialistici, i rapporti potrebbero essere rafforzati e favoriti attraverso formazioni congiunte, definizione di ulteriori protocolli e regolamenti condivisi, scambio informale di pratiche.

#### **4.4 Con altri servizi pubblici territoriali**

Per quanto riguarda lo stato dell'integrazione tra servizi sociali e altri servizi pubblici, esistono **rapporti di collaborazione coi servizi educativi e con quelli per l'abitare**. Si tratta, nello specifico, di rapporti formalizzati con le Istituzioni scolastiche (scuole di vario ordine e grado), in particolar modo per minori con disabilità e appartenenti a nuclei familiari in carico al servizio sociale territoriale o all'area minori. Esistono inoltre rapporti di collaborazione formalizzati fra servizi sociali e il Comune di Grosseto per le problematiche relative all'emergenza abitativa (gestita dal settore servizi sociali del Comune). In generale comunque, dato il contesto organizzativo descritto al punto 3, la collaborazione tra il servizio sociale territoriale e gli altri servizi pubblici di COeSO è facilitata dalla comune appartenenza alla stessa struttura organizzativa, e per questo valgono le stesse considerazioni riportate rispetto al ruolo facilitatore della suddivisione per aree di responsabilità.

#### **4.5 Integrazione comunitaria**

Sia la SdS che i singoli Comuni dell'Area collaborano con diversi soggetti territoriali, sia con riferimento al Reddito di Cittadinanza e grave marginalità (PON Avviso 4) sia, più in generale, relativamente agli interventi di contrasto alla povertà. In particolare si tratta di associazioni di volontariato, cooperative sociali, associazioni sportive, parrocchie ed imprese. Sono prevalentemente **collaborazioni antiche, nate da oltre 10 anni, e consistenti per lo più in rapporti informali**. Sono solitamente gli assistenti sociali del territorio a conoscere bene le associazioni presenti sui territori di riferimento (Caritas *in primis*, ma non solo) e ad

attivare con queste il lavoro di rete. Anche in questo caso, non esiste un'equipe stabile di lavoro con i soggetti territoriali, ma le collaborazioni sono costruite *ad hoc*. Gli scambi avvengono a seconda del bisogno, attraverso contatti telefonici ed e-mail, ma anche tramite incontri periodici in presenza, relativamente alle diverse fasi dei percorsi di presa in carico: **dalla segnalazione del caso, alla valutazione del bisogno fino alla progettazione personalizzata degli interventi.**

Allo stesso modo non esistono accordi di co-progettazione specifici, volti a disciplinare il lavoro di rete fatto sui territori. La collaborazione è infatti affidata all'**iniziativa personale, capacità e conoscenze di professionisti e attori del territorio**: può accadere che sia il servizio sociale ad attivare le collaborazioni su una specifica situazione di bisogno, ma anche il contrario, che sia cioè l'ente del Terzo settore a rivolgersi al servizio sociale.

Come rappresentato dagli intervistati, un esempio di collaborazione degno di nota è rappresentato dalle buone prassi di collaborazione che si sono create negli anni tra l'area povertà del servizio sociale, l'Associazione di promozione sociale Anteas-Grosseto Onlus ed altre **realità che lavorano sulla grave emarginazione**<sup>38</sup>. Il servizio sociale è infatti riuscito – grazie soprattutto all'impegno del referente per la grave marginalità – a ricostruire la rete di soggetti e servizi che si occupano di persone senza dimora, coltivando buoni rapporti e dando vita a prassi di lavoro consolidate. Tra COeSO e Anteas-Grosseto Onlus esiste inoltre una convenzione per la gestione di un centro di accoglienza notturna, uno dei pochi esempi di collaborazione formale attiva sul territorio.

Un altro esempio rilevante di collaborazione tra CoeSO e i soggetti territoriali riguarda l'ambito dell'immigrazione. COeSO gestisce due sportelli info-immigrati (a Grosseto e Follonica) in costante dialogo con il servizio sociale. Dal 2014 è inoltre operativo e in via di formalizzazione un **Tavolo sull'immigrazione** che riunisce, sotto il coordinamento di COeSO, realtà pubbliche (Comuni, ASL, Cpl, Centro Istruzione Adulti, etc.) e private (associazioni e cooperative sociali, gestori dei centri di accoglienza) per la discussione e soluzione di problematiche afferenti al contesto complesso dell'immigrazione.

Tra le azioni segnalate dai nostri intervistati per rafforzare in futuro i rapporti con i soggetti territoriali vi sono sia la definizione di protocolli e regolamenti condivisi sia l'opportunità di partecipare a formazioni congiunte e di avere più occasioni di scambio informale, anche attraverso Comunità di pratiche.

**Box 1 - Processo di presa in carico integrata dei beneficiari di Reddito di Cittadinanza**

All'interno dell'area povertà del servizio sociale di COeSO, sono 9 gli assistenti sociali *case manager* che si occupano esclusivamente di Reddito di Cittadinanza. Il team di assistenti sociali è poi supportato dal responsabile dell'area povertà, da due educatori e dal responsabile amministrativo. Il responsabile, oltre alla funzione di coordinamento dell'area, svolge anche una funzione di raccordo tra aree, come ad esempio nel caso di situazioni nuove per l'area povertà che invece potrebbero essere già conosciute in altre aree del servizio sociale territoriale.

La presa in carico dei beneficiari RdC si attiene a quanto previsto dalle linee guida ministeriali. Ai primi tempi successivi all'introduzione della misura non era così, soprattutto per quanto riguardava le tempistiche previste dalla normativa e che l'allora sotto-dotazione di organico non consentiva di rispettare. Oggi invece le sotto-dotazioni di organico sono state superate e si riesce ad essere adempienti rispetto alla normativa, tempistiche comprese.

Ogni assistente sociale dedicato al Reddito di Cittadinanza lavora sul territorio (sul Comune di Grosseto, più popoloso, ce n'è più di uno) e i casi vengono suddivisi in base al quartiere di vita dei beneficiari. Avviene così che in seguito all'assegnazione ai servizi sociali di un nucleo familiare, l'assistente sociale *case manager* di riferimento organizza un

<sup>38</sup> Anteas-Grosseto Onlus opera nel settore del sociale assistendo famiglie in situazione di povertà o disagio, attraverso la distribuzione di pacchi alimentari e vestiario, e persone senza dimora, con ronde notturne e un centro di accoglienza notturna.

colloquio conoscitivo per valutare la situazione globale. Durante il colloquio, il bisogno del nucleo via via emerge, così che si possa decidere sui quattro possibili esiti<sup>39</sup> dell'Analisi preliminare.

Prevalgono decisamente i casi di Patti di Inclusione semplici, nel 70% dei casi, e quindi quelle situazioni in cui non emergono problematiche complesse di tipo psichico, fisico o problemi legati a dipendenze, all'abitare e a situazioni lavorative. Nel 20% dei casi si tratta invece di situazioni che vengono inviate al Cpl per la sottoscrizione del Patto per il Lavoro. Più rare sono invece le situazioni complesse, quelle che richiedono l'attivazione di un'équipe (8%), mentre l'invio al Servizio Specialistico avviene solo nel 2% dei casi.

Quando necessaria, l'équipe viene costituita dall'assistente sociale di riferimento, che contatta gli operatori dei servizi da coinvolgere presenti in quel territorio. Le équipe si realizzano quindi sempre al bisogno, attraverso l'assistente sociale che, appunto, intercetta i vari componenti da coinvolgere (compresi eventualmente coloro che già hanno in carico la situazione). L'équipe effettua così la valutazione multidimensionale del nucleo familiare, lavora alla definizione degli obiettivi da perseguire, redige il progetto personalizzato con indicazione degli eventuali interventi da attivare e, infine, effettua gli incontri di monitoraggio previsti per valutare l'andamento del progetto e il raggiungimento degli obiettivi stabiliti in fase di progettazione. Alcune équipe sono più facili da attivare – come nel caso di quelle che coinvolgono gli assistenti sociali del territorio che già hanno in carico una determinata situazione – altre un po' meno. È il caso di situazioni nuove che richiedono, ad esempio, il coinvolgimento dei servizi sociosanitari specialistici. Il lavoro dei tavoli tecnici sopra descritti (il *tavolo tecnico tra servizio sociale e salute mentale adulti* e il *tavolo tecnico per la tutela minori*) ha però aiutato e continua ad aiutare il lavoro in équipe, rendendolo modo più automatico e meno macchinoso, anche nelle situazioni più complesse.

Nel contesto di un generale rispetto delle linee guida ministeriali sulla presa in carico dei beneficiari di Reddito di Cittadinanza, emergono comunque alcuni punti di forza e alcune criticità, riportati di seguito.

Punti di forza:

- Possibilità di associare ai Patti di Inclusione Sociale dei sostegni concreti (tirocini, educatori per educativa domiciliare o assistenza domiciliare socio-assistenziale, mediatori culturali, sostegni alla genitorialità), previa valutazione del bisogno e condivisione degli obiettivi con i beneficiari.

Criticità:

- Mancato aggiornamento ed eccessiva rigidità della piattaforma GePI: lentezza degli aggiornamenti, informazioni spesso datate e accessibili solo a determinati professionisti, difficoltà a ricostruire un quadro di insieme;
- Condizionalità e ruolo “punitivo” che il servizio sociale è obbligato ad assumere nei confronti di coloro che – non presentandosi ai colloqui – devono essere segnalati ad INPS e, di conseguenza, sanzionati.

## **5. Conclusioni, tra punti di forza e debolezza, attenzioni e prospettive di sviluppo**

Concludiamo segnalando tre punti di attenzione relativi allo stato dell'integrazione nell'ambito dei servizi di contrasto alla povertà sui territori dell'Area Amiata Grossetana, Colline Metallifere e Grossetana:

- l'esistenza di **pratiche ormai consolidate di collaborazione tra i servizi sociali all'interno di COeSO, soprattutto all'intero dell'area di servizio sociale territoriale**; si tratta di pratiche che abbiamo visto essere state favorite sia dall'assetto organizzativo della Società della Salute così come riorganizzatasi nel 2021; ma anche dalla presenza di tavoli tecnici stabili che, nel corso degli anni, hanno favorito approcci integrati di lavoro tra diversi servizi;
- l'esistenza di **collaborazioni tra i servizi sociali ed altri servizi, pubblici ma non solo**. In questo caso si tratta di **un mix di prassi formali e informali**: in alcuni casi più sviluppate e ormai stabili, anche se informali – come nel caso della collaborazione con i Centri per l'Impiego e con alcune realtà del Terzo settore; in altri casi formali, ma comunque ancora difficili da mettere a sistema operativamente, come nel caso della collaborazione con i servizi sociosanitari specialistici;

39 A) invio al Centro per l'Impiego e sottoscrizione del Patto per il lavoro; B) attivazione del servizio sociale e sottoscrizione del PaIS semplificato; C) attivazione équipe multidisciplinare e sottoscrizione del PaIS complesso; D) invio al servizio specialistico per progettazione specifica.

- il fatto che la realizzazione dell'integrazione tra servizi diversi è favorita dalla **presenza di assetti istituzionali e organizzativi che già prevedono elementi di integrazione tra servizi** (convenzioni, protocolli, organigrammi). **Questi però non sempre bastano** e, in questi casi, si dimostra particolarmente prezioso il lavoro di integrazione fatto a **livello professionale**. Seppur faticoso, oltre che spesso basato sulla discrezionalità dei singoli operatori, si tratta infatti di un lavoro in grado di apportare migliorie in relazione alla presa in carico multiprofessionale e quindi all'integrazione tra servizi. Al di là di convenzioni, protocolli e regolamenti condivisi, rafforzerebbero infatti gli sforzi compiuti a livello professionale l'aumento delle occasioni di formazione congiunta e degli scambi informali di pratiche, anche attraverso Comunità di pratiche.