

Allegato A Relazione di sintesi

Programmazione Operativa Annuale 2022 – SdS Area Pratese

Premessa

In Toscana le politiche socio-sanitarie sono fondate su più livelli di governance che vanno dal livello comunale al livello regionale. La società della salute è il livello intermedio: i Comuni e l'AUSL uniscono le loro competenze e responsabilità per agire di concerto e rispondere con prontezza alle esigenze di natura socio-sanitaria di ciascuna comunità locale.

Le politiche di salute vengono programmate, implementate, valutate e innovate nel continuo scambio tra questi livelli: comunale, zonale, AUSL e regionale.

Su tutti questi livelli, agiscono una serie di strumenti di programmazione: il PSSIR (Piano Sociale e Sanitario Integrato Regionale) a livello regionale, il PAL (Piano Attuativo Locale) a livello di AUSL, il PAO (Piano Attuativo Ospedaliero) per le AUO, il PIS (Piano Integrato di Salute) e il POA (Programmazione Operativa Annuale) per le SdS.

Proprio su questi livelli, la Legge Regionale 75/2017 sulla partecipazione in sanità prevede il coinvolgimento dei cittadini e dell'associazionismo civico.

Il Piano Integrato di Salute 2020-2022

Durante il percorso di definizione del PIS, è intervenuta la condizione di emergenza dovuta all'epidemia Covid-19 che ha cambiato profondamente il contesto di riferimento e il senso stesso dello strumento.

Il PIS approvato con la delibera di Assemblea SdS n. 6 il 26 febbraio 2020 ha rappresentato una 'versione base' che ha necessitato quindi di una sessione di riconfigurazione per essere aggiornati in riferimento alle trasformazioni provocate dallo stato di endemia. Una condizione persistente che si protrarrà per qualche tempo rendendo forse necessari più momenti evolutivi dedicati agli assetti dei servizi.

Il PIS è costruito su tre livelli: obiettivi di salute, programmi operativi e schede di attività. Questa articolazione rende possibile una riconfigurazione in grado di produrre una forte proiezione verso il futuro e comunque basata in ogni caso su azioni molto concrete e operative.

Con il POA avvieremo in modo sistematico un percorso di riprogrammazione dei servizi e delle attività territoriali in grado di recepire i cambiamenti, garantire le risposte ai bisogni del territorio, perseguendo gli obiettivi di salute individuati nel PIS.

Il PIS 2020-2022 della Sds Area Pratese è strutturato in:

- linee strategiche, con le quali sono definiti dall'Assemblea della SdS gli indirizzi generali di politica sanitaria territoriale, sociosanitaria e socioassistenziale,
- cinque obiettivi di salute e si riferiscono ai grandi orientamenti assunti dalle politiche locali sulla salute in relazione al quadro conoscitivo composto dal Profilo di salute e dal Profilo dei servizi,
- le schede POA, che ogni annualità sono aggiornate e che riprogrammano l'attività della SdS recependo i cambiamenti intercorsi.

Fino a che il nuovo PSSIR non sarà approvato, vige il PSSIR 2018-2020, conseguentemente anche il nostro PIS: il POA deve comunque acquisire i cambiamenti che si succedono.

L'effetto dei vaccini su la pandemia da Covid 19

Dall'ultima settimana di febbraio del 2020 siamo stati investiti tutti dall'emergenza pandemica e dalle conseguenti misure di contenimento della diffusione del virus Covid19.

L'impatto sui Servizi sociali e sociosanitari della normativa emergenziale nazionale e regionale finalizzata a fronteggiare la diffusione della pandemia, ha comportato un susseguirsi di disposizioni normative regionali con tempi stretti fra una ordinanza e l'altra che rendeva difficile

l'attuazione, ma la Regione Toscana ha garantito un ruolo di indirizzo di attuazione rispetto alla normativa nazionale.

Le 3 aree assistenziali che hanno maggiormente subito gli effetti delle restrizioni del periodo del lock down sono state: l'area della Non Autosufficienza e Disabilità e l'area Famiglia e Minori, per mancata erogazione dei servizi perché chiusi e l'area della povertà per la riduzione dell'accesso ai servizi.

La campagna di vaccinazione anti-SARS-CoV-2, avviata a gennaio 2021 tra operatori sanitari e ospiti di RSA e poi proseguita nella popolazione generale, comincia a produrre i primi effetti positivi, tanto che le misure nazionali iniziano ad allentarsi a partire dal 26 aprile 2021.

Progressivamente riaprono le attività e si riduce l'orario di coprifuoco notturno, abolito del tutto solamente il 21 giugno 2021. È invece del 28 giugno la decisione di non prevedere più l'obbligo di mascherina all'aperto. Infine, arrivando all'estate 2021, con la copertura vaccinale che ha ormai raggiunto livelli elevati nella popolazione, le attività non vengono limitate (se non per il divieto di assembramento e l'obbligo di mascherina nei locali al chiuso).

Con il decreto legge 23 luglio 2021, n. 105, convertito in legge n. 126 del 16 settembre 2021 è istituito l'obbligo di green pass (certificato di avvenuta vaccinazione anti-SARS-CoV-2, guariti da Covid-19 da meno di 6 mesi - poi modificato a 12 mesi - o effettuazione di un tampone con esito negativo nelle 48 ore precedenti) per accedere a servizi di ristorazione al chiuso, spettacoli ed eventi sportivi, musei, piscine, palestre, fiere e congressi e ogni altra attività che preveda l'ingresso di molte persone al chiuso o in spazi limitati all'aperto.

Considerati gli effetti protettivi della campagna vaccinale sul rischio di ricovero o decesso per Covid-19 il sistema di monitoraggio viene rivisto: il passaggio delle regioni da un colore all'altro viene stabilito sulla base dell'occupazione dei posti letto ospedalieri ordinari (soglia al 15% dei posti disponibili, che in Toscana corrispondono a 755 posti occupati sui 5.030 disponibili) o in terapia intensiva (soglia al 10% dei posti letto disponibili, 57 posti occupati sui 570 disponibili in Toscana), unitamente al fatto di avere un'incidenza settimanale dei nuovi positivi superiore almeno ai 50 casi per 100mila (1.834 casi settimanali rispetto alla popolazione toscana, mediamente 262 al giorno).

Studi sul rischio di contagio in funzione dell'area di residenza, dividendo il territorio regionale tra comuni che costituiscono un polo (capoluoghi di provincia e altri centri urbanizzati con elevata dotazione di servizi che attraggono residenti di altri comuni), comuni di cintura (situati intorno ai poli), aree interne fragili (aree interne che hanno subito lunghi processi di spopolamento, con residenti adesso perlopiù anziani, un patrimonio immobiliare in larga parte inutilizzato e di basso valore, una limitata presenza turistica, una scarsa presenza di addetti alle attività produttive e con più basso reddito) e aree interne non fragili, mostrano come il rischio di contagio sia stato più alto nelle aree di cintura e nei poli, rispettivamente 8.154 contagiati ogni 100mila abitanti e 7.467 ogni 100mila. Meno colpite le aree interne, con 6.775 contagi ogni 100mila abitanti nelle aree non fragili e 6.148 contagi per 100mila nelle aree fragili. Si tratta di risultati attesi, considerando che nella classificazione delle aree rientrano parametri che sicuramente influenzano la probabilità di contagio, come spopolamento (quindi densità abitativa), presenza di giovani e adulti, flussi turistici e presenza di attività produttive. Con i dati a disposizione è limitata l'attività di ricerca delle cause che possono aver determinato impatti diversi da territorio a territorio: il fatto che nella nostra provincia si sia registrata un'incidenza cumulativa doppia rispetto a Grosseto è possibile che sia associata ad una maggiore densità abitativa e produttiva.

Al 27 settembre 2021, il 78,2% della popolazione generale dell'ASL TC ha ricevuto almeno una dose di vaccino anti Covid ed il 65,5 ha completato le due vaccinazioni. Almeno una dose è stata somministrata a tutti quelli con più di 80 anni, che sono a maggior rischio di ricoveri e decessi per

Covid e per comorbidità, al 93% dei 70-79enni, al 90,1% dei 60-69enni e all'87,9% dei 50-59 anni. Le differenze geografiche nelle coperture vaccinali sono modeste, con valori più elevati nell'area Pratese per chi ha ricevuto almeno una dose e nel Mugello e nella Fiorentina Sud Est per chi ha completato il ciclo.

Grazie alla vaccinazione, l'incidenza di casi Covid-19 si è ridotta dapprima tra gli operatori sanitari, quindi tra gli ultra-90enni, tra le persone di età compresa tra gli 80 e gli 89 anni, e progressivamente nelle altre fasce di età, coerentemente con l'ordine di priorità seguito per l'attuazione della campagna vaccinale.

Le risposte assistenziali organizzate sul fronte socio-sanitario e socio-assistenziale, hanno retto l'onda d'urto della prima fase epidemica, quella che ha messo maggiormente in crisi i diversi livelli dei servizi perché arrivata a colpire in maniera rapida e con effetti tali da rivoluzionare le tradizionali modalità di risposta ad eventi avversi.

La resilienza alla sfida Covid-19 è stata possibile anche grazie alla flessibilità e rapidità con cui sono stati ri-pensate l'offerta e le risposte assistenziali. La campagna vaccinale, che vede la Toscana tra le primissime regioni per tassi di copertura della popolazione, rappresenta un ulteriore fattore in grado di proiettare il nostro territorio verso una prospettiva post-emergenziale.

Sfide e opportunità del PNRR

Questi due anni di pandemia da Covid-19 hanno messo in crisi a livello globale assetti organizzativi sedimentati nei diversi campi della società, costringendoci a rapidi processi di risposta e adeguamento a situazioni mai sperimentate in epoca recente.

In tutto il paese è emersa una discussione sugli attuali assetti organizzativi della sanità, dei finanziamenti e delle risorse umane.

Per una maggiore capacità organizzativa, direzionale e gestionale, il PNRR ha proposto delle azioni di riforma: in particolare la costruzione di sistemi territoriali integrati tra sanità territoriale, socio-sanitario e sociale basati sugli ambiti zionali. Perciò, tramite l'elaborazione ed un'evoluzione del sistema la prospettiva è quella di una integrazione tra reti ospedaliere e reti territoriali.

La costruzione del sistema territoriale integrato è articolata in due elementi:

- il quadro dell'organizzazione di zona e delle reti territoriali aziendali: il sistema sanitario integrato deve affrontare le cure delle cronicità, le non-autosufficienze, le disabilità, insieme alle condizioni di fragilità e di disuguaglianza sociale. Quindi non comprende solo l'aspetto sanitario ma anche quello socio-sanitario e socio-assistenziale. E' infatti emersa la necessità per le persone in condizioni di grave marginalità di reti socio-assistenziali di comunità come ad esempio centri servizi dedicati a: distribuzione beni, ambulatori sanitari, mensa, orientamento al lavoro, servizi di fermo posta, ecc. Essi devono andare di pari passo con il potenziamento dei percorsi di cura, con lo sviluppo di equipe multi-professionali in grado di intercettare la complessità e la multidimensionalità del bisogno.
- il quadro dei programmi e dei progetti sostenuti dai fondi europei e nazionali: si tratta di definire un "documento unico" di riferimento per l'insieme dei fondi europei ordinari e straordinari, tenendo conto degli obiettivi del PNRR, del FSE+, del FESR, degli obiettivi territoriali e zionali, insieme alle linee strategiche e le azioni programmate regionali. All'interno del PNRR troviamo la missione M6C1 e M5C2. La prima si occupa della collocazione delle nuove Case di comunità e di Ospedali di comunità, definendo il quadro complessivo, i finanziamenti e gli interventi. Inoltre, si occupa dell'Assistenza Domiciliare Integrata. La seconda, invece, si occupa delle Infrastrutture sociali e le sue azioni riguardano l'area delle persone non autosufficienti, con disabilità, in condizione di marginalità e di povertà.

Per raggiungere i veri obiettivi di cambiamento da cui è nato il PNRR è necessario un dialogo tra amministrazioni regionale e comunali, e una ridislocazione delle funzioni pubbliche di cura e di assistenza.

Ciò detto l'ambito zonale e quindi la SdS diventa centrale.

Per riformare e far evolvere il sistema bisogna avere a disposizione vari strumenti come: tenere insieme bisogni, attuali e futuri, strutture, servizi, professionalità, digitalizzazione, presa in carico, terzo settore, integrazione, e questo lo si può fare insieme, Regione, comuni, operatori del settore.

L'importanza del RUNTS, Codice del Terzo Settore, co-programmazione co-progettazione

Il Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS) - <https://servizi.lavoro.gov.it/runts/it-it/> - è il registro telematico istituito presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali in attuazione degli artt. 45 e segg. del Codice del Terzo Settore (Decreto Legislativo 3 luglio 2017, n. 117), per assicurare la piena trasparenza degli enti del Terzo settore (ETS) attraverso la pubblicità degli elementi informativi che vi sono iscritti. A partire dal 23 novembre 2021 il registro è già in fase di popolazione dei nuovi iscritti nelle sette categorie previste.

L'iscrizione al RUNTS consente di acquisire la qualifica di Ente del Terzo Settore (ETS) o, a seconda dei casi, quelle specifiche di Organizzazione di Volontariato (ODV), Associazione di Promozione sociale (APS), Ente Filantropico, Rete Associativa; di beneficiare di agevolazioni, anche di natura fiscale, di accedere al 5 per mille e per specifiche tipologie di ETS a contributi pubblici o di stipulare convenzioni con le pubbliche amministrazioni; nei casi previsti di acquisire la personalità giuridica. Non possono utilizzare la denominazione di Ente del Terzo settore o quelle specifiche gli enti non iscritti al RUNTS.

Il Registro è gestito con modalità telematiche su base territoriale dall'Ufficio Statale, gli Uffici Regionali e gli Uffici Provinciali del RUNTS, istituiti rispettivamente presso il Ministero del Lavoro e delle politiche sociali, presso ciascuna Regione e le Province autonome di Trento e Bolzano.

In concomitanza con le nuove iscrizioni, sempre dal 23 novembre 2021, è iniziata la fase di migrazione al RUNTS dei dati relativi agli enti iscritti nei registri regionali delle ODV e delle APS. Conseguentemente a questa fase, che si concluderà il 21 di febbraio 2022, inizierà un periodo di circa 6 mesi, con il quale gli uffici territoriali preposti perfezioneranno con i necessari controlli di merito, le iscrizioni degli enti migrati nel nuovo Registro.

Le connessioni tra la programmazione strategica locale/istituzionale, in particolare quella dei Comuni, e la co-programmazione prevista dall'art. 55 del Codice del Terzo Settore, costituiscono, oggi, un banco di prova perfetto sia per dare attuazione al principio della sussidiarietà orizzontale, riconosciuto fondamentale dall'ordinamento costituzionale vigente, sia per dare valore e sostanza al ruolo proattivo riconosciuto agli enti del Terzo settore nella gestione delle politiche territoriali nell'ambito delle attività di interesse generale previste dall'art. 5 del Codice stesso.

La co-programmazione, oltre a impegnare EPP e ETS a co-modellare le politiche pubbliche relative a specifici ambiti di intervento (ad esempio gli interventi relativi alle persone con disabilità), apre al Terzo settore la possibilità di essere protagonista e rappresenta un modo autentico per valorizzare il ruolo del Terzo settore come emerge dal Codice e dalle indicazioni fornite dalla Corte costituzionale con la sentenza n. 131/2020.

Come SdS, oltre alle esperienze del Dopo di Noi, abbiamo iniziato nel 2021 la coprogettazione per i Trasporti Sociali.

Il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 e LEPS

Il Piano mira a definire i contorni di un processo di strutturizzazione di un sistema dei servizi sociali attualmente ancora frammentato e non in grado, sull'intero territorio nazionale, di offrire la

certezza della presa in carico di coloro che si trovano in condizioni di bisogno e di promuovere quella coesione sociale e quella “resilienza” che sono emerse con forza, negli anni più recenti, come elementi imprescindibili. Alla cornice generale del Piano si aggiungono gli altri piani di natura triennale con eventuali aggiornamenti annuali”:

- il Piano sociale nazionale (2018-2020),
- il Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà (2018-2020),
- il Piano per la non autosufficienza (2019-2021).

Se le prestazioni e i servizi sociali sono essenziali per consentire una "dignitosa esperienza di vita", ciò richiede un sistema di livelli essenziali che si fondi sulla valorizzazione della capacità di esprimersi e di fare delle persone entro un sistema di diritti esigibili per tutti, affinché di tutti siano valorizzate le competenze e a tutti siano riservate le giuste attenzioni, al fine di prevenire situazioni di disagio e di esclusione: i Livelli Essenziali delle Prestazioni in ambito Sociale (LEPS), per anni sono mancati e ancora nel 2021 si è dato corso agli obiettivi di servizio nella prospettiva di una successiva individuazione di qualche LEPS.

Con la legislazione che ha introdotto la misura nazionale di lotta alla povertà (L. 33/2017 sul Sostegno all'inclusione attiva, D. Lgs. 147/2017 sul Reddito di inclusione, DL 4/2019 sul Reddito di cittadinanza) sono stati definiti formalmente livelli essenziali delle prestazioni non solo nella componente di trasferimento monetario, ma anche nella componente di politica attiva, definendo le basi per il riconoscimento di un vero e proprio diritto individuale alla presa in carico da parte dei servizi sociali o del lavoro.

Con la legge di bilancio 2021 (L. 178/2020) si è, infine, arrivati alla formale definizione in norma di un livello essenziale di sistema nei termini di un rapporto assistenti sociali e popolazione minimo di 1:5000 e a stanziare risorse finalizzate al suo perseguimento nell'ambito del servizio pubblico (art. 1 commi 797-804); tale misura può a buon diritto qualificarsi come una precondizione necessaria di natura infrastrutturale dell'intero edificio del sistema dei servizi sociali. Inoltre, si è arrivato ad individuare, nell'ambito del federalismo fiscale, nuove risorse specificamente destinate al rafforzamento dei servizi sociali (art. 1 commi 791-793); tali risorse sono collegate formalmente alla definizione di obiettivi di servizio alla cui definizione si è iniziati a lavorare in modo coordinato con la filiera sociale e con gli enti locali. Tali risorse vanno ad aggiungersi al rifinanziamento e rafforzamento dei diversi fondi sociali

Nel Piano sono così individuati un primo gruppo di LEPS e saranno individuate le relative modalità di finanziamento ai fini di assicurarne l'effettivo conseguimento.

Il percorso della SdS per la gestione diretta

L'assemblea dei Soci SDS ha poi approvato, con deliberazione n. 25 del 5 dicembre 2018, lo schema di convenzione per la gestione in forma diretta da parte della SDS Area Pratese delle attività socio assistenziali e di quelle socio sanitarie afferenti le aree della disabilità e della non autosufficienza ai sensi dell'art. 71 bis, comma 3, lett. c) e d) L.R. 40/2005 e s.m.i.” e di prevedere, così come previsto all'art. 6 della Convenzione Costitutiva, che il suddetto schema di Convenzione venga approvata dai singoli Consigli Comunali e dalla Azienda USL Toscana Centro. La Convenzione sarebbe entrata in vigore a partire dal 01 gennaio 2019, a seguito di approvazione da parte dei Consigli Comunali e dall'Azienda USL Toscana Centro e della successiva sottoscrizione della stessa da parte di tutti i Soci consorziati. Tale sottoscrizione è avvenuta da parte di tutti gli Enti consorziati in data 07/03/2019.

Nell'anno 2019, il Consorzio SDS ha dato avvio ad un proprio sistema informativo di gestione atti e di contabilità economico patrimoniale necessario per poter procedere alla gestione diretta. Con la delibera di Assemblea SdS n. 24 del 09/12/2019 è stato approvato l'indirizzo di procedere alla

gestione diretta a partire dal 01 gennaio 2020 con ulteriori attività e servizi secondo un crono programma condiviso con i singoli Enti facenti parte del Consorzio.

Sono stati quindi erogati in gestione diretta tutti i progetti finanziati con risorse europee, ministeriali e regionali come anche tutti i servizi socio assistenziali dei Comuni consorziati, ad esclusione di Prato.

L'evoluzione completa verso la gestione diretta è avvenuta con la Deliberazione di Assemblea dei Soci SDS n. 33 del 25/10/2021 con la quale anche il Comune di Prato aderisce dal 01/01/2022 alla gestione diretta dei servizi socio assistenziali e socio sanitari erogati da parte del Consorzio SDS.

I servizi/progetti potranno comunque essere integrati e modificati in qualsiasi momento dell'anno 2022 sia per effetto di norme nazionali o regionali che per effetto di decisioni interne al Consorzio SDS.

Tutto il personale professionale degli Enti consorziati verrà comandato/distaccato/assegnato funzionalmente presso il Consorzio SdS nella logica dell'integrazione ed omogeneizzazione delle azioni progettuali e gestionali nella zona pratese.

Il presente bilancio di previsione 2022 è quindi il terzo bilancio con cui prende avvio la gestione diretta dei servizi socio assistenziali da parte del Consorzio SdS (il primo anche per il Comune di Prato come da Delibera Assemblea n.33 del 25/10/2021).

La costruzione del POA 2022

Da una nuova analisi dei bisogni, sia in termini quantitativi che qualitativi e dalla cornice di riferimento data dalla Regione Toscana, il POA 2022 ha visto il recepimento:

- delle schede operative approvate con la DGRT 273/2020,
- dei piani di settore delle aree Povertà, Non autosufficienza, Disabilità, Demenza, Gioco d'azzardo patologico, Accoglienza e integrazione delle persone straniere, Violenza di genere e vulnerabilità familiare,
- dei richiami alla programmazione operativa nazionale e regionale derivante dai fondi strutturali nazionali e europei sia di tipo ordinario che straordinario finalizzate alle aree di competenza della programmazione territoriale,
- delle misure straordinarie vigenti in materia di contenimento e gestione delle emergenze epidemiologica da COVID-19 che impattano nella gestione dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari territoriali;

Il percorso di costruzione del POA 2022 della SdS Area Pratese si è diretto su due linee parallele

- aggiornamento delle schede operative POA 2022: partendo dal monitoraggio delle schede di attività 2021, è stata rivista l'attività 2022, con il supporto e in collaborazione con il gruppo di lavoro "Ufficio di Piano Aziendale". Per ogni area di programmazione le schede attività 2021 sono state monitorate, rilevando se la l'attività era in corso, conclusa, annullata, sospesa/inattesa, aggregata ad altre, se l'attività è stata riproposta anche nella nuova programmazione operativa 2022 e un breve testo descrittivo delle attività realizzate e dei risultati raggiunti, recependo la riconfigurazione Covid19 dei servizi e delle attività ricollocando le schede Covid19 per ogni area di programmazione . Dopo la fase del Monitoraggio 2021, per ogni area di programmazione sono state redatte le schede attività 2022, in collaborazione con l'Ufficio di Piano Aziendale, lavoro scaturito da più incontri fra i Dipartimenti Aziendali, i direttori delle SdS
- confronto partecipato: sono stati promossi quattro incontri virtuali per condividere le principali linee della programmazione operativa territoriale 2022 con il Comitato di Partecipazione ed due contemporaneamente Comitato di Partecipazione e Consulta del terzo Settore.