



ARS TOSCANA
agenzia regionale di sanità

Regione Toscana



GRC
Centro Regionale
Gestione Rischio Clinico
e Sicurezza del Paziente



Emergenza Covid-19: la sfida del presente tra resilienza, rigenerazione e innovazione

2021

**Emergenza Covid-19:
la sfida del presente
tra resilienza, rigenerazione
e innovazione**

2021

Indice

SEZIONE I – I dati epidemiologici e l’impatto sui servizi del virus SARS-CoV-2

L’epidemiologia di Covid-19	7
Gli effetti diretti della pandemia sui Servizi sanitari e sociosanitari	49
Gli effetti indiretti della pandemia sulle cure ospedaliere e territoriali	63
La campagna di vaccinazione anti SARS-CoV-2	87
L’impatto dell’emergenza Covid-19 sui Servizi sociali	103
L’indagine ai Comuni sulla gestione dei Servizi sociali durante la prima fase emergenziale	115
L’indagine alla popolazione italiana rispetto alla soddisfazione sui Servizi sanitari regionali	125
La risposta dell’utenza ospedaliera: esperienza e percezione della qualità da parte dei pazienti ricoverati in Toscana di fronte alla pandemia	133
Il Sistema sanitario regionale toscano e la sfida della resilienza	141

SEZIONE II – La risposta dei servizi tra resilienza e innovazione

Le Unità speciali di continuità assistenziale (USCA)	149
Le campagne di screening “Scuole sicure” e “Territori sicuri”	153
Gli interventi e i servizi a favore delle persone con disabilità e anziani non autosufficienti durante la pandemia di Covid-19	157
Interventi sulla residenzialità	158
Interventi sulla semiresidenzialità e sulla domiciliarità	162
Il percorso “Dopo di noi” durante la pandemia	167
Il progetto “Pronto Badante”	171
Le politiche regionali a sostegno della rete dei servizi e interventi sociali in Toscana nell’ambito dell’emergenza epidemiologica Covid-19	175
Gli interventi e i servizi a favore dei minori e delle famiglie	183
Il contrasto alla violenza di genere durante l’emergenza Covid-19	187
Politiche e interventi di supporto all’abitare	193
Le Équipe multiprofessionali	199
Le Comunità di pratica professionali	207
Reti sociali e comunità competente alla prova del Covid-19	211
La partecipazione civica durante l’emergenza pandemica: i Cantieri della salute	217
La comunicazione sociosanitaria del rischio	223

La capacità di risposta della rete sicurezza durante il Covid-19	229
Il sistema di segnalazione e apprendimento ai tempi del Covid-19	233

SEZIONE III – La programmazione delle Zone distretto in risposta all'emergenza Covid-19

La Comunità di pratica degli Uffici di piano e la Programmazione operativa annuale	239
Conoscenza, apprendimento e innovazione	239
La creazione della Comunità di pratica	240
La gestione Covid nelle schede di programmazione	242

Acronimi	253
-----------------	-----

SEZIONE I
I dati epidemiologici
e l'impatto sui servizi del virus
SARS-CoV-2

L'epidemiologia di Covid-19

F. Profili, D. Nuvolone, F. Voller (ARS Toscana)

Introduzione metodologica

Per la descrizione dell'andamento dell'epidemia da Covid-19 e dell'effetto sui servizi sanitari e la salute della popolazione, nei paragrafi di questo capitolo utilizzeremo due principali fonti di dati a nostra disposizione.

La banca dati della Protezione civile, aggiornata quotidianamente e disponibile online (<https://github.com/pcm-dpc/COVID-19>), che contiene i volumi di soggetti positivi al SARS-CoV-2, posti letto occupati per reparto (ordinario o terapia intensiva), deceduti e guariti, con un dettaglio geografico per regioni e provincia. Le Regioni alimentano quotidianamente questa banca dati compilando una scheda di rilevazione. Regione Toscana inserisce i dati raccolti dagli applicativi informatici in cui confluiscono i tamponi eseguiti, i positivi al tampone e i deceduti. È stato inoltre predisposto internamente un applicativo web dedicato al monitoraggio dei posti letto ospedalieri, al quale ciascun ospedale accede ogni mattina per aggiornare la propria situazione relativamente a posti letto disponibili, occupati, attivabili all'occorrenza, divisi per reparto (ordinario, terapia intensiva o sub intensiva). Il totale regionale estratto ogni mattina è quello pubblicato dalla Protezione civile.

La banca dati della sorveglianza integrata casi di Coronavirus-Covid-19 in Italia realizzata dall'Istituto superiore di sanità e alimentata quotidianamente dai dipartimenti di prevenzione delle AUSL toscane e altri operatori con le informazioni raccolte durante l'indagine epidemiologica a seguito della positività riscontrata in un test diagnostico. Questo archivio contiene i dati individuali (in forma anonima) dei soggetti positivi al SARS-CoV-2, con informazioni anagrafiche, di residenza (comune), più altri dati di natura clinica (stato clinico durante il decorso della malattia, patologie croniche) e status rispetto alla vaccinazione. Questo secondo archivio, più ricco di informazioni, è però accessibile solamente per quanto riguarda i dati toscani ed è quindi difficilmente utilizzabile per contestualizzare la situazione toscana con quella delle altre regioni. Inoltre, la qualità della compilazione di alcune informazioni non consente di produrre stime affidabili.

I due archivi non sono integrabili tra loro: il primo contiene dati aggregati, il secondo dati individuali. Inoltre, in alcuni casi, i volumi rilevati ad una certa data possono differire leggermente per la diversa modalità di comunicazione dei dati: la Protezione civile pubblica quotidianamente i dati raccolti dalle singole regioni, che però potrebbero contenere al loro interno informazioni riferite a soggetti contagiatisi o deceduti alcuni giorni prima.

Riteniamo importante specificare queste brevi note di natura tecnica per aiutare il lettore e giustificare l'assenza di indicatori epidemiologici che sarebbero senz'altro utili all'interpretazione dei fenomeni, ma che al momento non sono calcolabili.

Oltre alle banche dati specifiche e create ad hoc per la pandemia, sono disponibili informazioni dalle schede di dimissione ospedaliera regionali (per i ricoveri per Covid-19) e dagli altri flussi

amministrativi correnti, che saranno utilizzate principalmente per valutare l'impatto diretto e indiretto della malattia sui servizi sanitari nei capitoli successivi.

Utilizzeremo invece i dati ISTAT per la valutazione dell'impatto della pandemia sulla mortalità generale nel 2020 e nel 2021 rispetto agli anni precedenti.

L'andamento dell'epidemia e gli interventi normativi

Prima di descrivere l'epidemia toscana e italiana con le informazioni a nostra disposizione, riteniamo utile riassumere nei punti essenziali gli interventi normativi di prevenzione e contrasto al contagio che si sono succeduti nelle varie fasi da febbraio 2020 a settembre 2021 (quando scriviamo questo documento), con alcuni cenni al sistema di monitoraggio e di valutazione implementato dall'Istituto superiore di sanità e messo a norma tramite i diversi DPCM. Molti di questi interventi saranno richiamati nei paragrafi successivi a parziale spiegazione delle diverse dinamiche epidemiche osservate.

Le prime persone contagiate con il virus SARS-CoV-2 nel nostro Paese risalgono alla fine del mese di febbraio 2020 e sono del 25 febbraio 2020 i primi due casi in Toscana. I primi focolai in Italia hanno interessato alcuni comuni della Lombardia e del Veneto, ma rapidamente, una volta scattata l'allerta per un rischio che fino a quel momento si riteneva non aver ancora coinvolto il nostro Paese, l'epidemia si è allargata alle altre regioni. Da allora l'andamento epidemico ha seguito diverse fasi, le cosiddette ondate di contagi, con altrettanti interventi normativi che hanno cercato di contenerne diffusione e impatto sui servizi sanitari, in special modo su quelli ospedalieri. L'Italia si è dotata inoltre di un sistema di monitoraggio guidato dall'Istituto superiore di sanità a supporto di un Comitato tecnico-scientifico (CTS), creato con l'obiettivo di coadiuvare il Ministero della Salute e il Consiglio dei Ministri (CdM) nella gestione della pandemia.

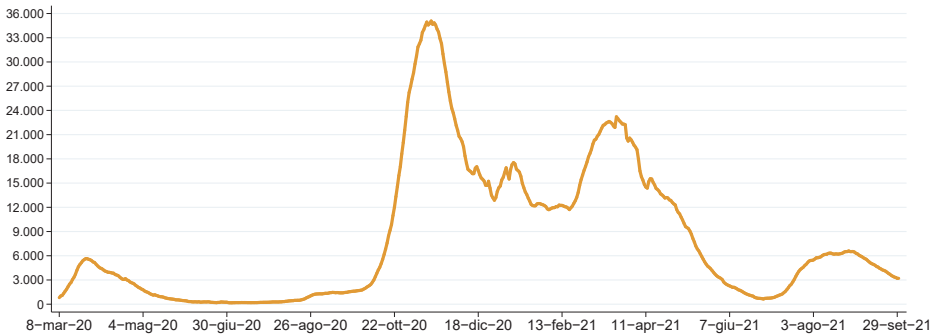
In figura 1.1 si riporta l'andamento dei positivi al virus in Italia, in numero assoluto, così da apprezzare l'intensità e la durata delle diverse ondate epidemiche succedutesi fino alla metà di settembre 2021.

Il CdM è intervenuto con misure che hanno immediatamente imposto la quarantena negli 11 comuni lombardi e veneti dove erano stati rilevati i primi contagi, creando le cosiddette "zone rosse" e chiudendo i confini comunali, per poi estendere progressivamente i provvedimenti al resto del Paese, quando era ormai chiaro che non fosse possibile contenere l'avanzata del virus a quei territori. Il termine "zona rossa" verrà ripreso durante tutta la gestione della pandemia per identificare i territori dove il rischio, e le conseguenti misure di contrasto al contagio, raggiungono i livelli massimi.

Con il DPCM 8 marzo 2020 il CdM ha istituito zone rosse in altri comuni di regioni limitrofe, all'interno e tra i quali viene vietato ogni tipo di spostamento. Con i DPCM 4 marzo 2020, DPCM 9 marzo 2020, DPCM 11 marzo 2020, DPCM 22 marzo 2020, DPCM 1 aprile 2020, DPCM 10 aprile 2020, DPCM 26 aprile 2020 ha definitivamente sospeso in tutto il Paese le attività commerciali al dettaglio, le attività produttive non strategiche, i servizi

di ristorazione e bar, la didattica in presenza nelle scuole e nelle università (con il passaggio alla didattica a distanza - DAD), vietando qualunque tipo di assembramento di persone nei luoghi pubblici (all'aperto o al chiuso) e gli spostamenti tra regioni.

Figura 1.1. Casi positivi al SARS-CoV-2 giornalieri - Media mobile a 7 giorni - Italia, periodo marzo 2020 - settembre 2021 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati del monitoraggio della Protezione civile



Viene inoltre introdotto l'obbligo di mascherina nelle occasioni in cui non può essere garantito un distanziamento tra le persone. Questo periodo, dal 9 marzo al 18 maggio 2020, è quello in cui l'Italia ha sperimentato il cosiddetto *lockdown*. In quei mesi i lavoratori di molti settori non chiusi (principalmente quelli del settore terziario e della Pubblica amministrazione) hanno sperimentato per la prima volta l'attività in smart working, lavorando in remoto dalla propria abitazione, senza recarsi più fisicamente in ufficio, favorendo la generale diminuzione, fino quasi all'azzeramento, dei flussi di spostamento con mezzo pubblico o privato. L'Italia è stato il primo Paese in Europa a sperimentare un lockdown generale, considerato che è stato il primo paese europeo colpito dall'epidemia dopo i paesi asiatici. In questo periodo subiscono una forte riorganizzazione anche i servizi sanitari e sociosanitari, in particolare ospedali e Residenze sanitarie assistite (RSA) per anziani, entrambi rivelatisi fin da subito luoghi ad elevato rischio per l'elevato afflusso di persone, la compresenza di personale sanitario e pazienti, le condizioni di salute di questi ultimi, mediamente peggiori rispetto alla popolazione generale. Sono stati pertanto riorganizzati gli orari di accesso ai servizi per evitare affollamento, sospese e rimandate prestazioni e interventi non urgenti e riprogrammabili, limitati gli accessi ai Pronto soccorso tramite inviti alla popolazione a recarsi nelle strutture solamente per reali urgenze, protette le RSA sospendendo le visite degli esterni e adottando rigidi protocolli anti-contagio.

A partire dal 18 maggio 2020, grazie all'abbassamento della curva epidemica e all'alleggerimento della pressione ospedaliera, ha avuto inizio un progressivo allentamento delle misure di contenimento (decreto legge 16 maggio 2020, n. 33), completatosi con la riapertura totale delle attività a partire dal 15 giugno 2020 (DPCM 17 maggio 2020 e DPCM 11 giugno 2020), fatto salvo il divieto di assembramento, che quindi ha continuato a pregiudicare la

possibilità di realizzare molti tipi di eventi culturali, musicali, fieristici. Non è mai ripresa, nell'anno scolastico 2019/2020, la didattica in presenza nelle scuole, mentre a partire dal 25 maggio sono state consentite nuovamente le attività sportive.

Durante l'estate 2020 non sono stati introdotti grandi cambiamenti alle misure di limitazione (DPCM 14 luglio 2020, DPCM 7 agosto 2020), salvo alcuni provvedimenti riguardanti le persone provenienti da paesi considerati ad alto rischio (obbligo di quarantena allo sbarco o divieto assoluto di entrata).

È invece con l'inizio dell'autunno, il ritorno di studenti e lavoratori in presenza e l'avvio della seconda ondata epidemica, che il CdM vara altri provvedimenti (DPCM 7 settembre 2020, DPCM 13 ottobre 2020, DPCM 18 ottobre 2020, DPCM 24 ottobre 2020, DPCM 3 novembre 2020, DPCM 3 dicembre 2020, DPCM 14 gennaio 2021 e seguenti), con nuove misure di contrasto: l'obbligo di mascherina anche all'aperto, indicazioni sulle riunioni in ambito familiare (per limitare i contatti) e, in maniera progressiva, una nuova sospensione delle attività sportive e culturali. Per le attività di ristorazione viene inserito l'obbligo di chiusura entro le ore 18 e, dal 3 novembre 2020, è introdotto il coprifuoco a partire dalle 22 fino alle 5 del mattino, su tutto il territorio nazionale (con divieto di spostamenti, salvo comprovate necessità di lavoro o salute).

Durante questa nuova fase inoltre il Governo decide di non ricorrere ad un lockdown come quello sperimentato nella primavera 2020, ma definisce un sistema di intervento meno rigido, basato su alcuni parametri epidemiologici e di pressione sui servizi sanitari, che permette di classificare settimanalmente ogni regione con un colore, da giallo ad arancione a rosso in ordine crescente di gravità, a seconda dell'andamento dell'epidemia nel proprio territorio. Per la valutazione è considerato il valore dell'indicatore di velocità di espansione del contagio, l'indice di riproducibilità R_t , che assume valori superiori a 1 (un positivo contagia mediamente più di un'altra persona) quando i contagi aumentano e inferiore a 1 (un positivo contagia mediamente meno di un'altra persona) quando diminuiscono. A seconda del superamento di diverse soglie di allerta (fissate a 1,25 o 1,50) la singola regione è collocata in una fascia di colore con le relative limitazioni, via via più stringenti dal giallo al rosso, che riguardano la possibilità di tenere aperte le scuole elementari e medie fino alla seconda classe, le attività commerciali al dettaglio, le attività sportive ed altri eventi in presenza, la possibilità di spostarsi tra comuni o all'interno del proprio comune. Durante questo periodo molti studenti si ritrovano a seguire le lezioni in DAD, a causa dell'ingresso in zona rossa o dei provvedimenti di quarantena locali per focolai nelle scuole, e le attività commerciali e di ristorazione subiscono chiusure periodiche a seguito del cambiamento di colore della propria regione. La gestione dell'epidemia prosegue nei mesi successivi con questo nuovo schema, modificato nei mesi seguenti introducendo, oltre al parametro R_t , il valore di 250 nuovi positivi settimanali ogni 100mila abitanti come soglia oltre la quale una regione è collocata automaticamente in zona rossa.

A partire dalla seconda ondata autunnale, inoltre, le singole giunte regionali hanno avuto la possibilità di intervenire con ordinanze ad hoc nella propria regione. Agli interventi nazionali quindi si sono sommati quelli locali, che potevano essere di ambito comunale, provinciale o

valere per l'intera regione. La Toscana, ad esempio, ha sfruttato, unica in Italia, la possibilità prevista dal DPCM di adottare un sistema di allerta su base comunale e provinciale per l'applicazione di zone rosse locali in quei comuni o province che avessero superato i livelli di allerta di contagio (superiore ai 250 nuovi casi settimanali ogni 100mila abitanti) o di pressione sugli ospedali.

Le misure nazionali riprendono ad allentarsi a partire dal 26 aprile 2021, una volta che 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. 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), ma il CdM introduce per decreto (decreto legge 23 luglio 2021, n. 105, convertito in legge n. 126 del 16 settembre 2021) 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. Sempre in questo periodo è introdotta una modifica al sistema di monitoraggio, considerati gli effetti protettivi della campagna vaccinale sul rischio di ricovero o decesso per Covid-19. 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).

Tutto l'impianto normativo e di monitoraggio attuato durante l'anno e mezzo di pandemia ha ovviamente condizionato l'andamento dei contagi. Per questo nel commentare i dati epidemiologici verrà fatto riferimento anche ai possibili effetti delle misure applicate.

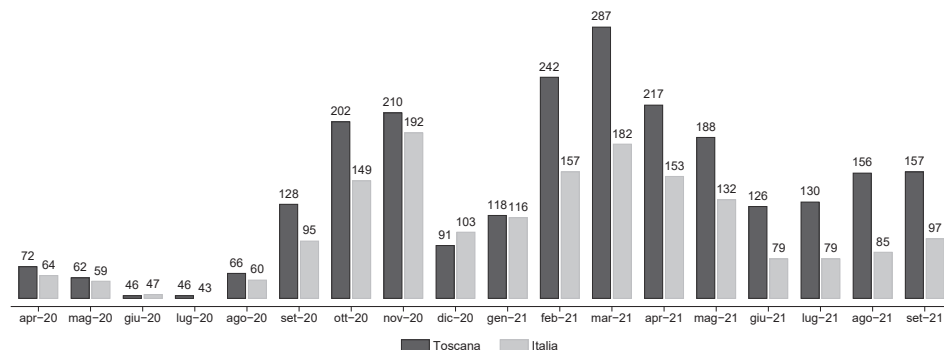
L'andamento di contagi, ricoveri e decessi

La diagnosi di contagio da SARS-CoV-2 nella popolazione è effettuata tramite l'utilizzo dei tamponi molecolari nasofaringei, che rilevano la presenza di materiale genetico (RNA) del virus. Nel corso dell'epidemia sono stati introdotti anche tamponi di tipo antigenico, che vanno cioè a ricercare nel soggetto la presenza di componenti (antigeni appunto) del virus. Questo secondo tipo di tamponi ha il vantaggio di essere molto più rapido del primo dal punto di vista dell'analisi di laboratorio necessaria all'ottenimento del risultato, ma si fa ancora riferimento al test molecolare come gold standard di riferimento. L'opportunità di entrambe le tipologie

di test ha però sicuramente aumentato la potenza della macchina diagnostica del nostro Paese. L'offerta di tamponi, e quindi l'opportunità per la popolazione di accedere al servizio, è aumentata progressivamente in tutto il Paese nel corso della pandemia. La Toscana è passata dall'effettuare mediamente 1.086 tamponi al giorno nel mese di marzo 2020 ai 3.623 già nel mese di aprile, per raggiungere picchi di 15.911 tamponi giornalieri durante la seconda ondata nel novembre 2020. Come detto, al forte aumento ha contribuito anche l'introduzione dei test antigenici, da quando è disponibile il dato da Protezione civile (gennaio 2021), la Toscana è passata dal 35,8% di tamponi antigenici sul totale di tamponi effettuati, al 50,3% raggiunto a giugno 2021. Complessivamente, da gennaio a settembre 2021, il 41,7% dei tamponi era di tipo antigenico, rispetto al 50% in Italia.

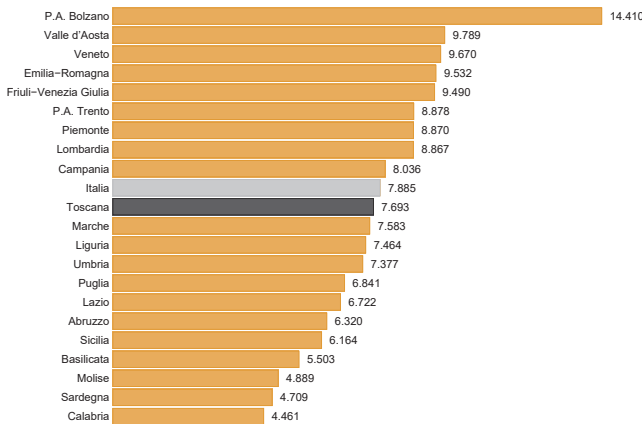
Nel computo dei tamponi effettuati rientrano però anche tutti i test fatti per verificare lo stato di guarigione nei soggetti positivi (i cosiddetti tamponi di controllo). Il dato dei soggetti testati, invece, considera le sole persone testate a scopo di diagnosi (mai trovate positive prima di allora) e fornisce un denominatore più appropriato per valutare, come faremo più avanti nel testo, l'andamento del tasso di positività nella popolazione (proxy della circolazione virale), pur sapendo che i soggetti testati non possono mai essere considerati un campione rappresentativo della popolazione, in quanto selezionati tra le persone a maggior rischio di essere positivo (per presenza di sintomi o per vicinanza ad un positivo noto). Le persone testate in Toscana sono aumentate di 4 volte nel corso di un anno, dalle 2.650 giornaliere di aprile 2020 (pari a 72,2 per 100mila abitanti) alle 10.515 di marzo 2021 (pari a 286,7 per 100mila). Nello stesso periodo l'Italia è passata da 64,4 testati per 100mila abitanti a 182,1 per 100mila (figura 1.2). Dal grafico emerge la maggiore propensione, da parte della Toscana, a testare la popolazione a fini diagnostici. Ricordiamo che la nostra regione ha attivato più iniziative di screening sistematico, nelle scuole e nei comuni, con i progetti *Scuole sicure* e *Territori sicuri* (si veda capitolo dedicato nella sezione II del volume), che settimanalmente offrivano tamponi gratuiti in scuole o comuni considerati ad alto rischio di focolai di infezione.

Figura 1.2. Casi testati con tampone diagnostico giornalieri (no tamponi di controllo) - Valori ogni 100mila abitanti, media giornaliera calcolata nel mese - Toscana e Italia, periodo aprile 2020 - settembre 2021 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati del monitoraggio della Protezione civile



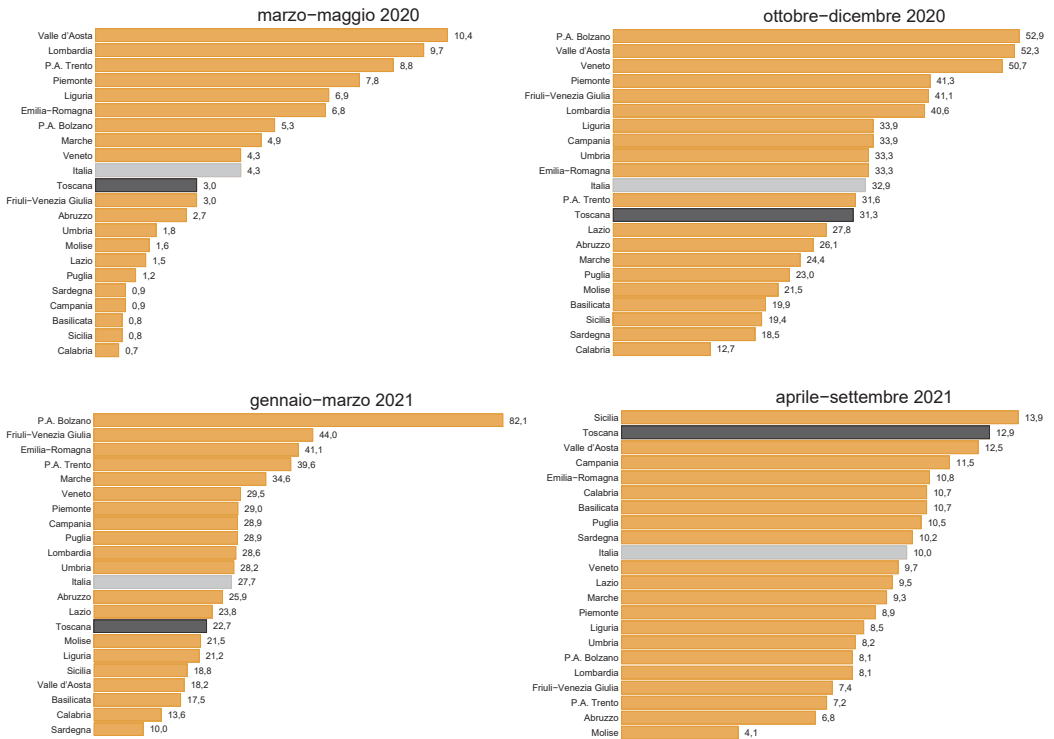
Al 30 settembre 2021 i contagiati totali in Toscana sono 282.212, pari a 7.693 per 100mila abitanti, rispetto ad una media italiana pari a 7.885 per 100mila abitanti (fonte: dati del monitoraggio della Protezione civile). Circa il 50,4% sono donne, ma in realtà l'incidenza rispetto alla popolazione è maggiore tra gli uomini: 7.887 positivi ogni 100mila uomini rispetto a 7.545 ogni 100mila donne (fonte: elaborazioni ARS su dati sorveglianza Covid-19 ISS). Osservando la figura 1.3 emerge un chiaro gradiente geografico nel territorio nazionale, con un livello di contagiati totali rispetto alla popolazione residente che, con la sola eccezione della Campania, aumenta progressivamente da Sud a Nord. Possiamo ipotizzare che la maggiore densità abitativa e la presenza di un tessuto industriale e manifatturiero più sviluppato abbiano contribuito ad agevolare i contatti, e quindi le occasioni di contagio, nelle regioni del Nord, raggiunte prima dal virus anche grazie alle occasioni più frequenti di scambio con l'estero.

Figura 1.3 Casi positivi al SARS-CoV-2 da inizio pandemia – Valori ogni 100mila abitanti – Regioni e Italia, periodo marzo 2020 - settembre 2021 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati del monitoraggio della Protezione civile



Nei primi mesi di pandemia le regioni settentrionali sono state le più colpite, con valori di incidenza molto superiori alle altre regioni del centro e sud Italia. Il lockdown della primavera 2020 e il divieto di spostamento tra regioni hanno sicuramente contribuito a limitare la diffusione del contagio nelle regioni centro-meridionali nella fase iniziale e il periodo estivo successivo, durante il quale i virus che si diffondono via aerosol tendono solitamente a contagiare meno persone. Dividendo l'intero periodo pandemico in 4 sotto-periodi (marzo-maggio 2020, ottobre-dicembre 2020, gennaio-marzo 2021 e aprile-settembre 2021), corrispondenti grosso modo alle quattro ondate di contagi fin qui registrate, possiamo però apprezzare le differenze nell'andamento dell'epidemia da regione a regione (figura 1.4).

Figura 1.4 Casi positivi al SARS-CoV-2 giornalieri, per periodo - Valori ogni 100mila abitanti, media giornaliera calcolata nel mese - Regioni e Italia, periodo marzo 2020 - settembre 2021 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati del monitoraggio della Protezione civile

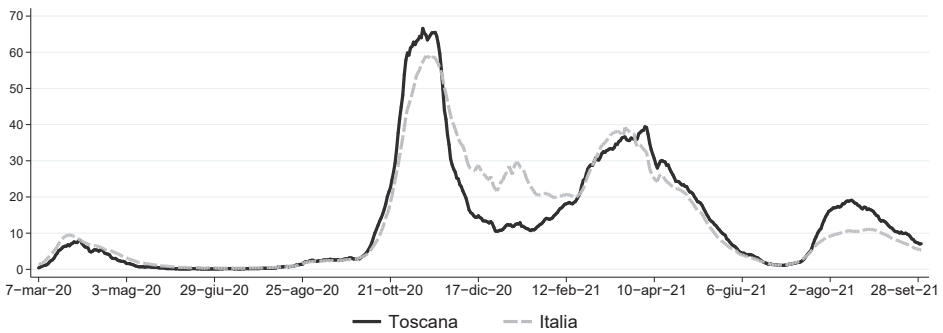


A partire dal 2021 è meno chiaro il gradiente geografico osservato nelle prime due ondate del 2020, segno del fatto che ormai il virus si fosse diffuso in maniera omogenea sull'intero territorio nazionale e fossero in quelle fasi gli interventi di contenimento locali a determinare una minor o maggior diffusione del contagio regionale, in particolar modo la permanenza o meno delle singole regioni o aree locali in zona rossa. La Toscana si è sempre mantenuta al di sotto della media nazionale di contagiati per abitante, ad eccezione dell'ultimo periodo, durante il quale è stata la seconda regione, subito dopo la Sicilia, per contagi giornalieri rispetto alla popolazione residente. In quest'ultima ondata la graduatoria sembra essere guidata dalle regioni a maggior vocazione turistica, fattore che plausibilmente può aver facilitato il contagio, favorendo il contatto tra persone non conviventi, specialmente nella popolazione più giovane, ancora poco coperta dalla protezione del vaccino anti-SARS-CoV-2 in quei mesi. La Toscana, inoltre, anche in questa fase ha mantenuto un livello di testing decisamente più elevato, quasi doppio, rispetto alla media italiana, come visto in figura 1.2. Complessivamente, osservando l'intero anno e mezzo, le regioni settentrionali restano quelle che hanno avuto il maggior

numero di contagi dall'inizio della pandemia ad oggi (figura 1.3), considerato che hanno guidato la graduatoria durante le fasi di maggior incidenza. L'ultima ondata della primavera-estate 2021, infatti, ha valori di incidenza medi decisamente inferiori a quelli delle ondate dell'autunno e dell'inverno precedenti: 10 nuovi positivi giornalieri per 100mila abitanti in Italia, rispetto ai 27,7 per 100mila del periodo gennaio-marzo 2021 e ai 32,9 per 100mila del periodo ottobre-dicembre 2020.

Il trend toscano, a confronto con quello italiano, è rappresentato in figura 1.5. Emerge chiaramente come solo durante l'ultima ondata estiva il tasso di incidenza toscano sia stato costantemente superiore a quello italiano.

Figura 1.5. Casi positivi al SARS-CoV-2 giornalieri - Valori ogni 100mila abitanti, media mobile a 7 giorni - Toscana, periodo marzo 2020 - settembre 2021 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati del monitoraggio della Protezione civile

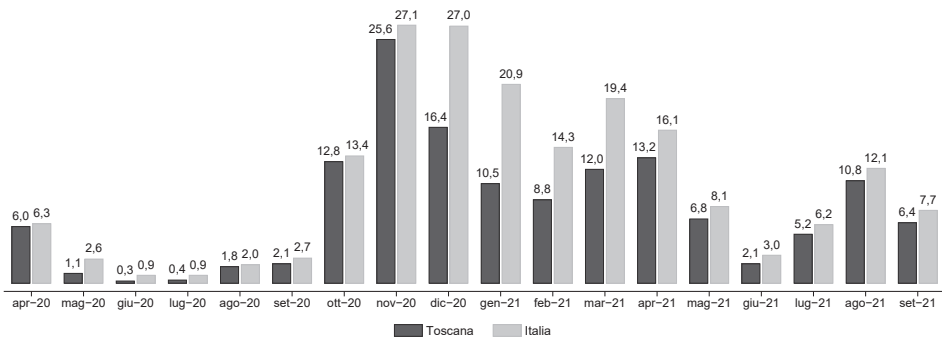


Dall'osservazione dell'intero trend emerge chiaramente la differenza tra prima e seconda ondata, al cospetto della quale i contagi di marzo-maggio 2020 subiscono un pesante ridimensionamento. Dobbiamo però considerare alcuni aspetti, che in parte saranno discussi più chiaramente nei paragrafi successivi su ricoveri e decessi per Covid-19. Oltre all'effetto del lockdown di marzo-aprile 2020, che come detto ha sicuramente contribuito a "raffreddare" la curva epidemica, molto di più rispetto alle misure messe in atto nell'autunno 2020, più blande da questo punto di vista, la curva della prima ondata è sicuramente sottostimata a causa dell'iniziale effetto sorpresa che ha colpito il nostro Paese. Come detto in precedenza, nelle prime settimane dell'epidemia la disponibilità di tamponi nasofaringei molecolari, test di riferimento per l'individuazione dei positivi, era molto bassa. È plausibile che in quella fase i test fossero limitati alla parte di contagiati che mostrava sintomi più severi, se non addirittura a coloro che si recavano presso un presidio ospedaliero in condizioni di salute già critiche. Vedremo in seguito alcuni dati che tendono a confermare questa ipotesi, quando analizzeremo lo stato clinico (sintomatologia) dei pazienti al momento dell'esecuzione del tampone nasofaringeo e quando descriveremo le curve dei ricoveri e dei deceduti.

La Toscana, come visto in figura 1.2, mediamente ha sempre testato più persone rispetto alla media italiana, tendendo quindi ad avere una percentuale di positività più bassa (figura 1.6).

Questo si verifica perché il numero di persone testate è associato all'ampiezza dell'ipotetico cerchio tracciato intorno ad ogni positivo individuato tramite l'indagine epidemiologica svolta dai dipartimenti di prevenzione. A parità di reale circolazione virale nella popolazione, se una regione tende a testare una cerchia maggiore, a mano a mano che ci si "allontana" dal positivo originario la probabilità di individuare un soggetto positivo tende a diminuire. Se invece una regione esegue meno tamponi, limitandoli ad una popolazione sintomatica o a contatto molto stretto con un positivo noto, vedrà aumentare la propria percentuale di positività, in virtù del fatto che sta testando una sotto-popolazione a maggior rischio di essersi contagiato.

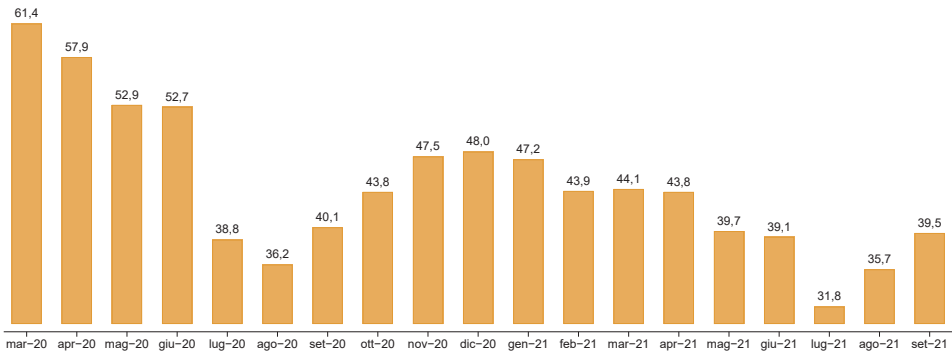
Figura 1.6. Casi positivi al SARS-CoV-2 su casi testati giornalieri – Valori per 100 casi testati con tampone diagnostico, media giornaliera calcolata nel mese – Toscana e Italia, periodo aprile 2020 - settembre 2021 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati del monitoraggio della Protezione civile



Confrontare i diversi periodi tra loro quindi, anche a distanza di un anno, è rischioso, a causa dei molti fattori che sono cambiati durante questo anno e mezzo e che hanno avuto, o hanno tuttora, un impatto diretto sui contagi: la stagionalità, il lockdown, le quantità e la tipologia di test che si è modificata nel tempo, il sistema di monitoraggio a colori delle regioni, l'avvio della campagna vaccinale in maniera progressiva dai più anziani e degli operatori sanitari ai più giovani. Sono tutti interventi che hanno modificato il contesto dentro al quale il virus ha continuato a circolare, senza contare la scoperta di nuove varianti del SARS-CoV-2 (le cosiddette "inglese", "brasiliiana", "sudafricana", "indiana"), che, secondo dati di letteratura scientifica, sono fino a 7 volte più contagiose rispetto al virus scoperto nel gennaio del 2020. Un esempio piuttosto plateale di quanto affermato poco sopra è rappresentato dalla curva dei contagi durante l'estate 2021, in gran parte sostenuta dalla popolazione più giovane: la metà dei contagiati dal luglio a settembre 2021 in Toscana ha meno di 30 anni (mentre gli under 30 nella popolazione rappresentano poco più del 25%). Plausibilmente ciò è dipeso dall'effetto combinato di un maggior rischio di base che contraddistingue questa fascia d'età rispetto al resto della popolazione (sono più frequenti le interazioni sociali e la frequentazione di locali, eventi, attività di gruppo sportive o ricreative) e della minore copertura offerta dal vaccino, visto che la campagna si apprestava a coinvolgere a pieno queste fasce d'età proprio in quel periodo. In generale, il periodo estivo è caratterizzato da una netta diminuzione dell'età media dei

contagiati: è stato così anche durante l'estate 2020, come dimostrano le elaborazioni sui dati della sorveglianza ISS (figura 1.7). Non è quindi necessariamente il numero di contagiati totali a cambiare (l'incidenza generale può mantenersi anche su livelli bassi), ma la composizione interna dei contagiati per età.

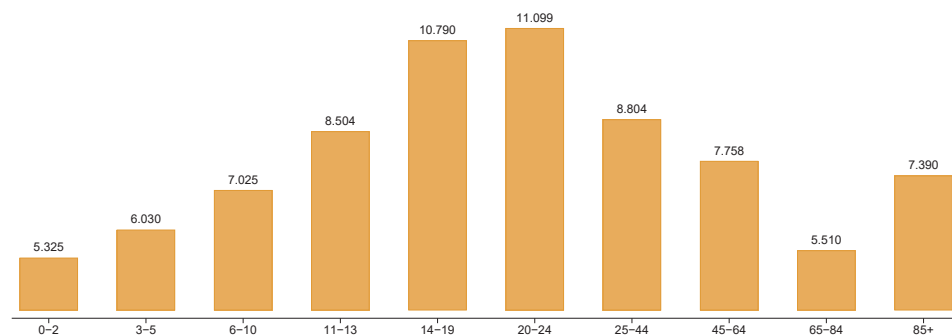
Figura 1.7. Età media dei casi positivi al SARS-CoV-2, per mese – Toscana, periodo marzo 2020 - settembre 2021 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati sorveglianza Covid-19 ISS



A supporto di quanto detto in precedenza, notiamo come l'età media dei contagiati nei primi mesi di pandemia fosse decisamente più alta rispetto al resto del periodo (non sono stati mai più raggiunti quei livelli di circa 60 anni d'età media). Questo può essere spiegato con il fatto che i casi più gravi, a cui plausibilmente erano destinati i limitati tamponi diagnostici in quella fase, sono anche i più anziani. Mano a mano che la disponibilità diagnostica è aumentata, riuscendo a coprire l'intera casistica potenzialmente a rischio di positività e non solo i casi più evidenti, l'età media dei contagiati è scesa, grazie al conteggio dei più giovani, avvicinandosi a quella della popolazione residente in Toscana (47,3 anni).

Per valutare correttamente l'incidenza nelle diverse fasce d'età è più opportuno, però, valutare i contagi in rapporto alla popolazione residente per età. Una volta rapportata alla popolazione, l'incidenza più alta è tra le classi d'età più giovani (14-19 e 20-24 anni) (figura 1.8). Si nota come i rischi aumentino progressivamente dall'età pediatrica alle scuole elementari, medie o superiori, in considerazione dell'aumento delle occasioni di ritrovo che hanno i ragazzi. Per questo in precedenza si è parlato di un rischio di base maggiore in queste fasce d'età, legato allo stile di vita che conducono i ragazzi e i giovani. Le ricadute peggiori però, in termini di salute, sono dovute ai tassi di incidenza nella popolazione più anziana, dove abbiamo visto come il virus produca effetti molto più gravi, a causa delle pregresse condizioni di salute mediamente peggiori di queste persone rispetto al resto della popolazione.

Figura 1.8. Casi positivi al SARS-CoV-2 da inizio pandemia, per classe d'età - Valori ogni 100mila abitanti - Toscana, periodo marzo 2020 - settembre 2021 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati sorveglianza Covid-19 ISS e ISTAT



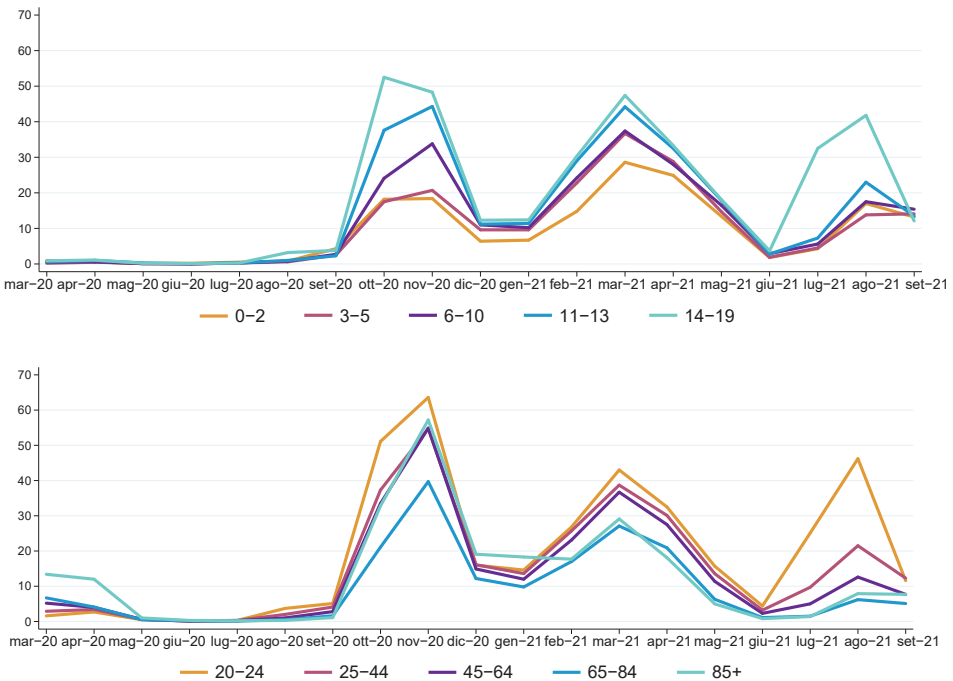
Per un confronto con il dato italiano, è possibile usare i dati messi a disposizione da ISS, che adottano però un diverso dettaglio d'età, che non permette di distinguere, ad esempio, i diversi cicli scolastici. Ad ogni modo, categorizzando i dati toscani secondo queste classi d'età, notiamo come l'incidenza cumulativa dei positivi in Toscana sia stata superiore alla media italiana tra gli under 30 e inferiore negli adulti e anziani, in particolare tra gli over 70 (tabella 1.1). L'aver protetto maggiormente la popolazione anziana è stato senz'altro un aspetto positivo. Le RSA regionali, ad esempio, sono state oggetto di interventi mirati di riorganizzazione per limitare gli effetti devastanti che l'epidemia ha avuto nelle prime settimane, specialmente nelle regioni del nord, ma anche in Toscana. La stessa campagna di vaccinazione anti-SARS-CoV-2 tra il personale e gli ospiti, avviata a gennaio 2021 e conclusa molto velocemente, ha sicuramente contribuito a limitare il contagio in questa popolazione.

Tabella 1.1. Casi positivi al SARS-CoV-2 da inizio pandemia, per classe d'età - Valori ogni 100mila abitanti e differenza percentuale tra Toscana e Italia - Toscana e Italia, periodo marzo 2020 - settembre 2021 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati sorveglianza Covid-19 ISS e ISTAT

Età	Toscana	Italia	Toscana vs Italia (differenza %)
0-9	6.149	5.664	+8,6
10-19	9.841	8.587	+14,6
20-29	10.606	9.641	+10,0
30-39	8.570	8.756	-2,1
40-49	8.317	8.529	-2,5
50-59	7.951	8.330	-4,6
60-69	6.143	6.685	-8,1
70-79	5.311	6.010	-11,6
80-89	6.149	7.250	-15,2
>90	8.483	11.160	-24,0

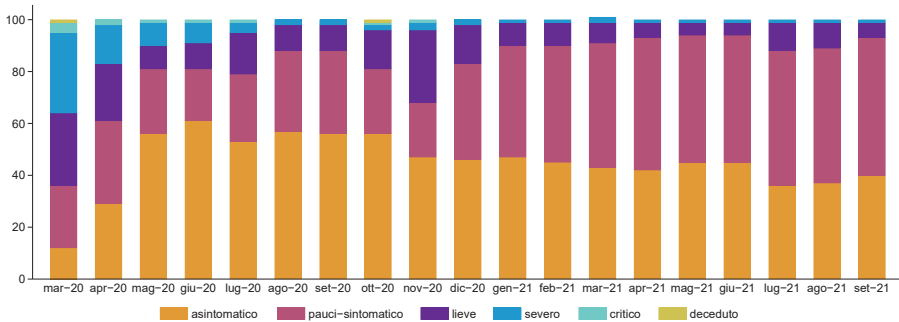
Per concludere l'analisi per età, fattore al quale dedichiamo ampio spazio considerato che dall'inizio dell'epidemia è stata sottolineata l'importanza di proteggere gli anziani dal contagio, in figura 1.9 riportiamo l'andamento temporale dell'incidenza per classe d'età (medie giornaliere per 100mila abitanti), che supporta alcune ipotesi interpretative discusse in precedenza e ne suggerisce altre. Si nota il maggior rischio tra gli anziani nella prima ondata (*bias* dovuto alla scarsità di tamponi destinati per lo più a casi severi e anziani), mentre in seguito l'incidenza nelle diverse fasce d'età si porta su valori più simili, con i bambini al di sotto dei 5 anni che restano mediamente più protetti rispetto al resto della popolazione, complice una possibile sotto-diagnosi in questa fascia d'età, mediamente meno sintomatica e non inserita nei programmi di screening e tracciamento del mondo scolastico. Vediamo inoltre come la popolazione anziana, durante la primavera e l'estate 2021, si mantenga su valori di incidenza decisamente più bassi, plausibilmente per gli effetti protettivi della campagna vaccinale, avviata in questa fascia d'età già a partire da gennaio 2021, prima nelle RSA e in seguito negli over 80 e nelle classi d'età inferiori fino ai 60 anni (vedremo in maniera più approfondita nel capitolo dedicato alla campagna vaccinale gli effetti della protezione sull'andamento dei contagi).

Figura 1.9. Casi positivi al SARS-CoV-2 giornalieri, per classe d'età - Valori ogni 100mila abitanti, media giornaliera calcolata nel mese - Toscana, periodo marzo 2020 - settembre 2021 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati sorveglianza Covid-19 ISS e ISTAT



Proseguendo la caratterizzazione dei contagiati in Toscana, sappiamo che l'età è una caratteristica associata al quadro clinico con cui si presenta la malattia (da asintomatica a lieve, fino a sintomi più gravi come la polmonite bilaterale o addirittura il decesso), questo perché l'invecchiamento è associato a condizioni di salute mediamente peggiori, presenza di una o più patologie croniche pregresse che pongono l'anziano in condizioni di fragilità, minore risposta immunitaria. Con l'età media dei contagi durante la pandemia si è modificata quindi anche la distribuzione dei positivi per stato clinico rilevato al momento di effettuazione del tampone diagnostico (figura 1.10). Nella prima fase si conferma una casistica più grave, che in seguito, grazie all'aumento dei tamponi effettuati e alla maggiore tempestività con la quale sono eseguiti rispetto all'insorgenza dei primi sintomi, si stabilizza su valori che nell'80% circa dei casi sono asintomatici o pauci-sintomatici. Si noti come nelle prime settimane fosse molto alta la percentuale di soggetti giunti al tampone in condizioni cliniche critiche o prossimi al decesso, a dimostrazione del ritardo diagnostico.

Figura 1.10. Casi positivi al SARS-CoV-2 per stato clinico al tampone - Valori per 100 nuovi positivi, media mensile - Toscana, periodo marzo 2020 - settembre 2021 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati sorveglianza Covid-19 ISS



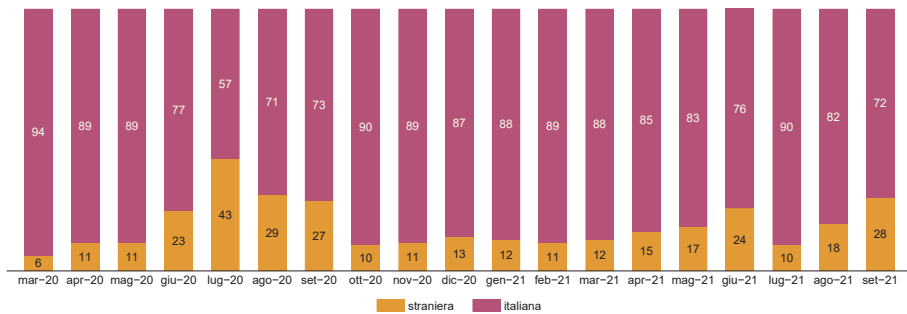
Sui sintomi al tampone incidono principalmente due fattori: la tempestività con la quale si eseguono nei soggetti lievemente sintomatici, che dipende dalla disponibilità di tamponi eseguibili, e la capacità di tracciamento tra i contatti di soggetti già identificati come positivi, che potrebbero essere ancora del tutto ignari di essere positivi al virus, perché asintomatici, ma in incubazione. Abbiamo visto come i tamponi siano aumentati progressivamente in Toscana, che ha una propensione a testare un maggior numero di persone (allargando così il cerchio dei contatti intorno ai positivi noti), questo ha sicuramente contribuito in Toscana ad abbassare il livello medio di sintomi che i contagiati presentavano al momento dell'esecuzione del tampone.

L'andamento dell'epidemia è stato diverso anche tra italiani e stranieri. Il totale dei contagiati al 30 settembre 2021 è stato di 7.491 positivi ogni 100mila residenti di cittadinanza italiana e 9.546 ogni 100mila residenti di cittadinanza straniera. La distribuzione per età delle due popolazioni può spiegare molto di questa differenza, tenendo presente che il rischio di

contagio è più elevato tra i giovani e gli adulti, rispetto agli anziani, come visto in figura 1.8. L'età media degli stranieri è decisamente più giovane di quella degli italiani residenti, 36 vs 48 anni. Gli over 60 rappresentano solamente l'11% della popolazione straniera, rispetto al 35% di quella italiana autoctona. Vi sono poi alcune variabili di contesto, come la condizione abitativa o lavorativa, che potrebbero contribuire a spiegare queste differenze, non sono però disponibili dati a supporto dell'ipotesi che tra i contagiati stranieri fossero più frequenti situazioni abitative o lavorative mediamente più rischiose rispetto agli italiani.

La percentuale di cittadini stranieri sul totale dei positivi tende ad emergere nei mesi estivi, plausibilmente a causa dei maggiori spostamenti tra nazioni diverse che avvengono in quel periodo dell'anno (figura 1.11). In particolare l'impatto è stato notevole durante l'estate 2020, tra i pochi contagi rilevati nel periodo giugno-agosto, dopo il lockdown primaverile. Durante quei mesi vennero attivati screening negli aeroporti e nei porti italiani, proprio con l'obiettivo di intercettare tempestivamente eventuali contagi provenienti dall'estero. Il livello di contagio nella popolazione italiana era plausibilmente basso grazie al lockdown, mentre molti cittadini stranieri residenti per motivi di lavoro si trovavano a rientrare in Italia e in Toscana, dopo aver trascorso il periodo di lockdown nel proprio paese di origine, considerato che molte attività lavorative erano state sospese.

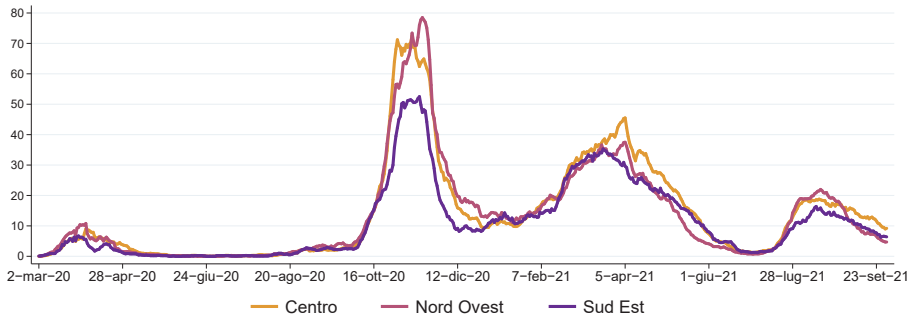
Figura 1.11. Casi positivi al SARS-CoV-2, per cittadinanza - Valori per 100 nuovi positivi, media mensile - Toscana, periodo marzo 2020 - settembre 2021 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati sorveglianza Covid-19 ISS



Infine, con i dati a nostra disposizione, possiamo analizzare come si è distribuito il contagio all'interno del territorio regionale. L'andamento dei nuovi positivi per AUSL di residenza mostra chiaramente come l'epidemia abbia seguito lo stesso andamento nelle 3 AUSL, ma con intensità diverse (figura 1.12). La AUSL Sud Est, in ogni ondata, è quella che ha mantenuto i contagi più bassi, rispetto alla popolazione residente, mentre la AUSL Nord Ovest e la AUSL Centro hanno raggiunto livelli più alti, con la prima che, in rapporto alla popolazione, è stata colpita più durante la prima e la seconda ondata. In totale, al 30 settembre 2021, i tassi di incidenza cumulativi sono pari a 8.200 per 100mila abitanti nella AUSL Centro, 7.811 per 100mila nella Nord Ovest, 6.455 per 100mila nella Sud Est.

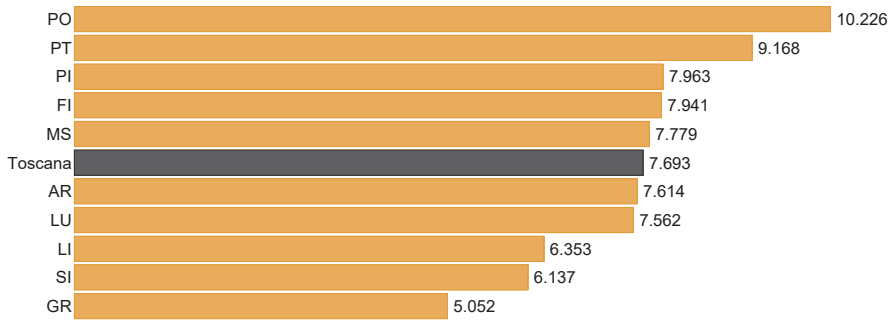
Possibili spiegazioni di queste differenze territoriali possono risiedere nel livello di urbanizzazione e densità abitativa che caratterizza i tre territori, con le province di Arezzo, Siena e Grosseto (Asl Sud Est) che hanno livelli più bassi. Anche il fattore geografico può aver giocato un ruolo decisivo nella prima fase. Ricordiamo infatti che l'epidemia si è sviluppata inizialmente nel Nord Italia ed è possibile che abbia raggiunto i territori della Toscana lungo il confine settentrionale, prima dell'avvento del lockdown che ha impedito gli spostamenti tra regioni. La popolazione dell'area Nord Ovest della Toscana è inoltre notoriamente quella che, in Toscana, ha condizioni di salute mediamente peggiori del valore regionale (tassi di mortalità generale ed evitabile più alti, popolazione mediamente più anziana e con patologie croniche). Non è escluso quindi che il virus abbia colpito nelle fasi iniziali in zone più suscettibili a causa delle condizioni di salute pregresse della propria popolazione.

Figura 1.12. Casi positivi al SARS-CoV-2 giornalieri, per AUSL di residenza - Valori ogni 100mila abitanti, media mobile a 7 giorni - Toscana, periodo marzo 2020 - settembre 2021
- Fonte: Elaborazioni ARS su dati del monitoraggio della Protezione civile



Tra le province toscane quella più colpita è stata Prato (10.226 positivi per 100mila abitanti), seguita dalla confinante Pistoia (9.168 per 100mila) (figura 1.13). Minore l'impatto su Pisa e Firenze (circa 7.950 casi per 100mila abitanti). Chiudono la graduatoria le province di Siena e Grosseto, quelle caratterizzate dalla minore densità abitativa in Toscana.

Figura 1.13. Casi positivi al SARS-CoV-2 da inizio pandemia, per provincia di residenza - Valori ogni 100mila abitanti - Toscana, periodo marzo 2020 - settembre 2021 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati banca dati Protezione civile e ISTAT



L'ultima analisi geografica che proponiamo valuta il 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. I risultati mostrano come il rischio 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.

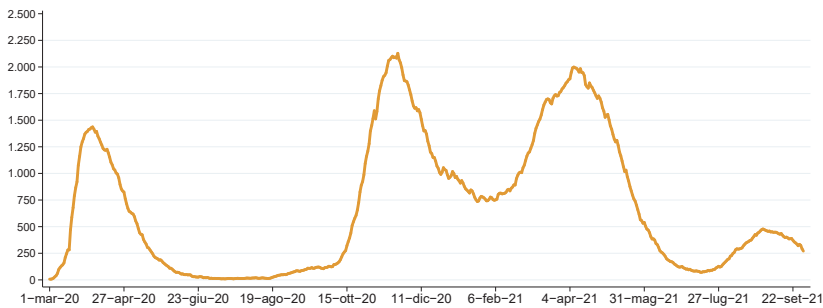
Con i dati a nostra disposizione è limitata l'attività di ricerca delle cause che possono aver determinato impatti diversi da territorio a territorio: la provincia di Prato ha un'incidenza cumulativa doppia rispetto a Grosseto. Con dati di tipo aggregato possiamo associare, come detto, livelli di contagio più alti ad una maggiore densità abitativa e produttiva, piuttosto che alla presenza di flussi di pendolarismo importanti, di centri universitari o altri poli attrattivi. Come accennato in precedenza, inoltre, i territori provinciali, o talvolta comunali, sono stati oggetto di specifici interventi di zona rossa che possono aver consentito di mantenere i contagi su livelli più bassi. Si tratta, in tutti i casi, di ipotesi plausibili, ma purtroppo non supportate al momento da analisi su dati individuali. Informazioni sul luogo di contagio o sulla professione dei contagiati potrebbero aiutare, ma purtroppo la qualità del dato nella banca dati ISS non rende di fatto lo stesso utilizzabile in sede di analisi.

Conclusa l'analisi dei contagi, passiamo alla valutazione di quanto avvenuto negli ospedali italiani e toscani. Il monitoraggio quotidiano della Protezione civile raccoglie dalle regioni

l'informazione sull'occupazione dei posti letto per Covid-19 in area medica e in terapia intensiva (numero di ricoverati presenti in quel giorno). Solo da dicembre 2020 è disponibile anche l'informazione sui nuovi ingressi del giorno in terapia intensiva (non sappiamo però se queste persone fossero già ricoverate), i dimessi e i dimessi deceduti, sempre da terapia intensiva. Nella nostra discussione utilizzeremo principalmente l'informazione sui posti letto occupati, per valutare l'impegno del Servizio sanitario regionale durante l'anno e mezzo di pandemia. Si rimanda invece al capitolo successivo per un'analisi approfondita dei ricoveri e dei ricoverati per Covid-19 in Toscana, basata sui dati provenienti dal flusso regionale delle schede di dimissione ospedaliera.

Il picco massimo di persone ricoverate per Covid-19 nei reparti toscani è stato raggiunto il 23 novembre 2020, con 2.128 posti letto occupati, di cui 298 in reparti di terapia intensiva. Dall'inizio della pandemia c'è sempre stato almeno un posto letto occupato da un malato Covid-19 nei nostri ospedali, non siamo infatti mai scesi al di sotto dei 7 ricoverati, nemmeno durante l'estate del 2020 (figura 1.14). Esaurita l'ondata di marzo-aprile 2020, aggravata comunque dal fatto di essere la prima che gli ospedali toscani si trovavano a dover fronteggiare, l'impegno più oneroso per le strutture è stato senza dubbio quello a cavallo tra fine 2020 e inizio 2021, con due ondate che hanno prodotto livelli di occupazione molto consistenti, senza peraltro che vi fosse stato un alleggerimento importante tra l'una e l'altra.

Figura 1.14 Posti letto occupati per Covid-19 – Toscana, periodo marzo 2020 - settembre 2021 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati banca dati Protezione civile



L'altra considerazione che possiamo fare osservando la figura 1.14 riguarda la reale numerosità della prima ondata, considerato che il dato dei ricoveri ospedalieri è senz'altro più solido di quello del numero di positivi, dei quali una parte, come detto, può sfuggire allo screening. È evidente, osservando il grafico, che i positivi reali nella popolazione durante la prima ondata dovessero essere molti di più di quelli censiti, visto che l'impegno degli ospedali, pur non raggiungendo i livelli delle ondate successive grazie all'intervento precoce del lockdown nazionale, è stato comunque notevole.

Il grafico in figura 1.15 mostra ancora più chiaramente questo aspetto. La percentuale di ricoverati sul totale di toscani positivi prevalenti (con malattia ancora in corso, quindi ancora non guariti né deceduti) è stata essenzialmente sempre al di sotto del 10% durante l'anno

e mezzo osservato, ad eccezione dei primi mesi. Anche volendo considerare un possibile maggior ricorso all'ospedale nella prima fase e una minore stabilità dell'indicatore, considerate le numerosità più basse della prima ondata, i valori in quei mesi hanno raggiunto picchi tra il 40% e il 50% di ricoverati sul totale dei positivi presenti in Toscana, a dimostrazione che la possibilità di essere intercettato come positivo era molto influenzata dall'essersi presentato in ospedale o il versare in condizioni cliniche già severe.

Figura 1.15. Posti letto occupati per Covid-19 su positivi - Posti letto occupati per Covid-19 ogni 100 positivi vivi, media mobile a 7 giorni - Toscana, periodo marzo 2020 - settembre 2021 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati banca dati Protezione civile



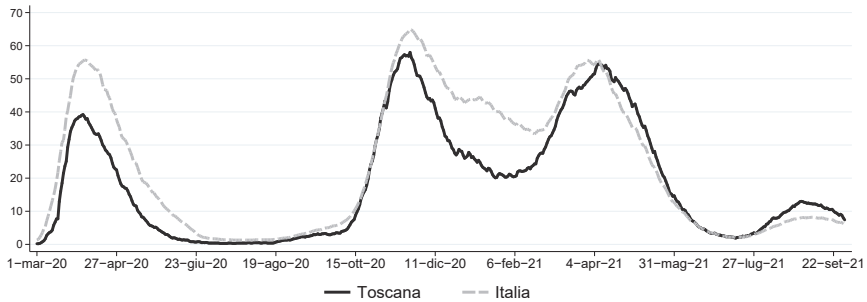
Quando scriviamo questo documento, utilizzando i dati al 30 settembre 2021, i ricoverati sono 271, di cui 238 in area medica e 33 in terapia intensiva. Come detto nel paragrafo precedente, l'attuale sistema di monitoraggio ministeriale fissa al 10% dei posti letto ordinari (755 su 5.030 disponibili) e al 15% dei posti letto in terapia intensiva (57 su 570 disponibili) le soglie di allerta per il passaggio della regione da giallo a rosso. Con il diffondersi della campagna di vaccinazione anti-SARS-CoV-2, l'auspicio è quello di far scendere ulteriormente, oltre al numero generale di contagiati, la percentuale di ricoverati tra questi ultimi, considerando l'elevata efficacia dei diversi vaccini nel prevenire ricovero e decesso.

Se rapportati alla popolazione residente, i dati ospedalieri mostrano per la nostra regione un impatto minore rispetto alla media italiana, durante tutta la durata dell'epidemia, fatta eccezione per gli ultimi mesi (figura 1.16). Abbiamo visto precedentemente come l'intensità della quarta ondata in Toscana sia stata superiore alla media italiana.

Oltre al numero di contagi nella popolazione, sul numero di ricoverati possono incidere anche fattori organizzativi. La presenza e l'efficacia delle Unità specialistiche di continuità assistenziale (USCA), team di medici creati ad hoc per la gestione della pandemia, che si recano al domicilio dei casi Covid-19 che richiedono un'assistenza maggiore, rappresenta uno di questi fattori (si veda il capitolo della sezione II dedicato all'attività delle USCA in Toscana). Si tenga presente che mediamente ogni giorno in Toscana ci sono state circa 10mila persone in isolamento domiciliare positive al SARS-CoV-2, con picchi di 50mila. Altri fattori sono riconducibili all'età media dei contagiati e alle condizioni di salute pregresse, ad esempio l'essere ospite in RSA, che solitamente tende a richiedere un ricovero a causa di un quadro

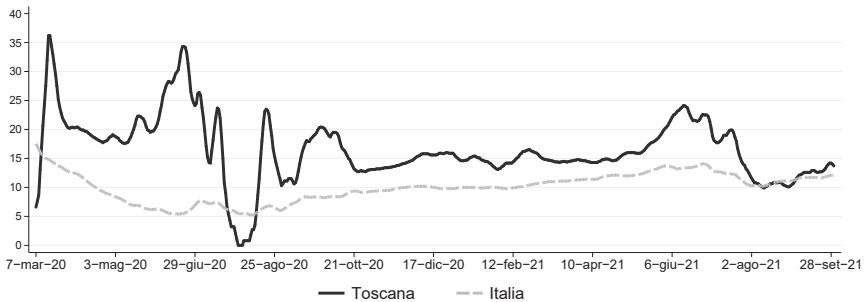
clinico più complesso, con complicazioni multiorgano. Infine, la stessa disponibilità di posti letto e la capacità di fare rete degli ospedali può ovviamente incidere sulla propensione al ricovero.

Figura 1.16. Posti letto occupati per Covid-19 - Posti letto occupati per Covid-19 ogni 100mila abitanti - Toscana e Italia, periodo marzo 2020 - settembre 2021 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati banca dati Protezione civile e ISTAT



Ciò che ha sempre contraddistinto la Toscana rispetto all'Italia è il maggior ricorso, in relazione al numero totale di ricoverati per Covid-19, alla terapia intensiva (figura 1.17). Escludendo il periodo iniziale, che può aver risentito della riorganizzazione degli ospedali per far fronte alla prima ondata di ricoveri, la media italiana, complice una maggior stabilità del dato dovuta all'elevata numerosità, si attesta su valori compresi tra il 10% e il 15% a partire da ottobre 2020 in avanti. Il trend toscano si posiziona mediamente circa 5 punti o più sopra il livello italiano. Difficile imputare questa differenza alla gravità della casistica dei ricoverati, dovremmo ipotizzare che un paziente Covid-19 ricoverato in Toscana sia mediamente più critico rispetto al resto d'Italia. Più probabile che ad incidere sia la disponibilità di posti letto in terapia intensiva, la possibilità di isolare meglio pazienti Covid-19 in terapia intensiva piuttosto che in reparto ordinario, e i criteri con cui è considerata la sub-intensiva dalle regioni nell'invio dei dati alla Protezione civile.

Figura 1.17. Posti letto occupati in terapia intensiva su totale ricoverati per Covid-19 - Posti letto occupati per Covid-19 in terapia intensiva ogni 100 ricoverati per Covid-19, media mobile a 7 giorni - Toscana e Italia, periodo marzo 2020 - settembre 2021 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati banca dati Protezione civile



Come accennato in precedenza, gli unici dati sull'ospedalizzazione che ci permettono un confronto tra la nostra regione e il resto del paese sono quelli del monitoraggio della Protezione civile. Rimandiamo quindi al capitolo successivo per analisi più dettagliate sui ricoveri toscani.

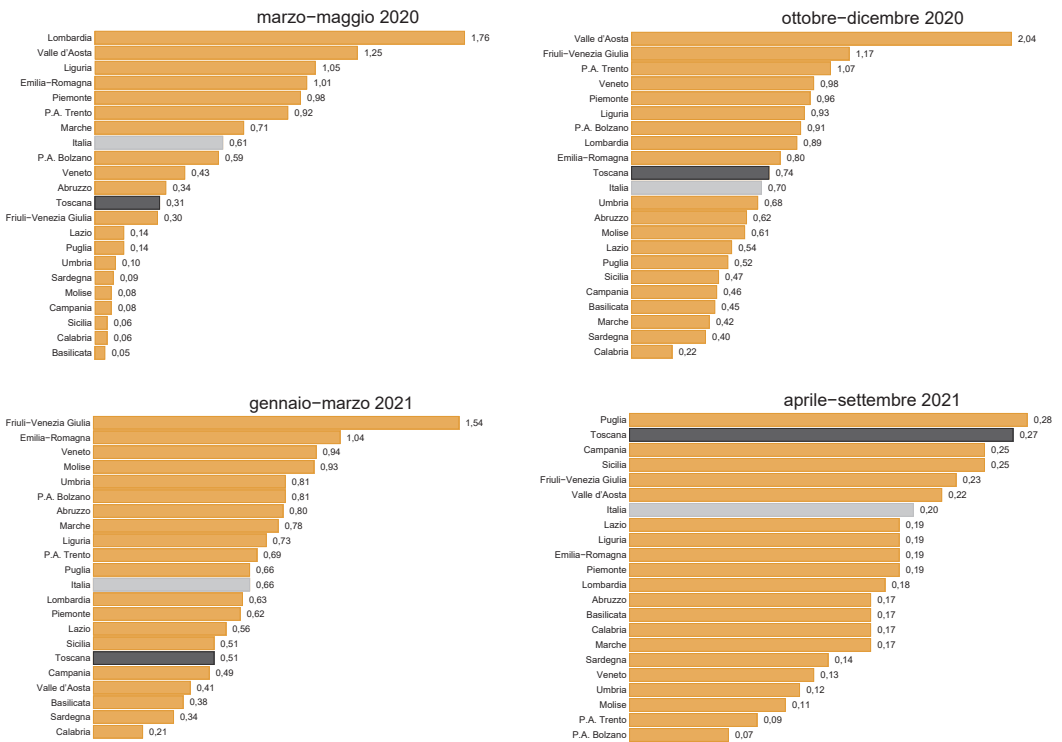
I deceduti per Covid-19 al 30 settembre 2021, derivabili dal monitoraggio nazionale, sono 7.169, pari a 195,4 per 100mila abitanti, rispetto ad una media italiana di 220,9 per 100mila. La mortalità ha colpito maggiormente gli uomini, rispetto alle donne: tra gli uomini residenti in Toscana, infatti, i decessi sono stati 223 ogni 100mila abitanti, rispetto ai 164,2 ogni 100mila donne. Il gap tra uomini e donne è ancora più elevato una volta corretto il dato per l'effetto dell'età. Le donne toscane sono infatti mediamente più anziane degli uomini e sappiamo che il contagio da SARS-CoV-2 è più letale nelle fasce d'età avanzate. Una volta standardizzato per età (utilizzando la popolazione italiana come standard di riferimento) il tasso di mortalità maschile è quasi il doppio di quello femminile: 234,5 decessi per 100mila uomini, rispetto a 120,5 per 100mila donne. In Italia si rileva una situazione analoga, con un tasso di mortalità maschile pari a 305,5 decessi ogni 100mila abitanti, rispetto ai 158,2 decessi ogni 100mila donne (fonte: elaborazioni ARS su dati banca dati Covid-19 ISS).

Da quando è disponibile il dato (dicembre 2020) il 20% dei deceduti per Covid-19 in Toscana è deceduto in un reparto di terapia intensiva. Il 64,2% aveva 80 anni o più e un ulteriore 31,5% tra i 60 e i 79 anni.

L'incidenza della mortalità ha seguito ovviamente l'andamento generale dell'epidemia nelle sue diverse ondate, risentendo della numerosità dei contagiati e della loro composizione interna per età (figura 1.18). La Toscana ha avuto una mortalità decisamente minore della media italiana durante la prima ondata, quando la curva italiana era sostenuta dalla situazione più drammatica che si sono trovate ad affrontare le regioni settentrionali. Durante la seconda ondata dell'autunno 2020 i decessi toscani sono stati invece in linea con la media nazionale, trainata ancora dalle regioni del Nord, mentre nel periodo gennaio-marzo 2021 la nostra regione ha mantenuto una media giornaliera di decessi inferiore all'Italia, molto più vicina

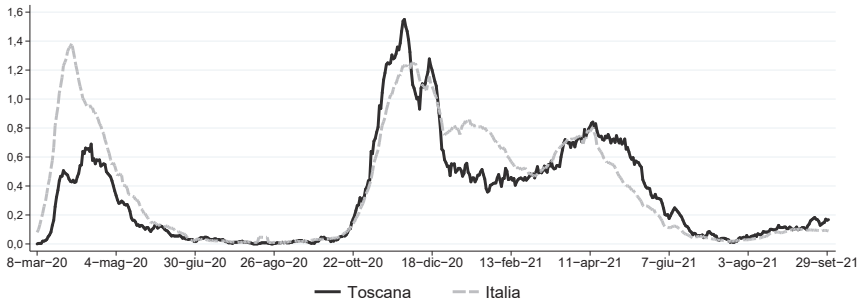
alle regioni del Sud Italia che a quelle del Centro e del Nord. Infine, durante il periodo aprile-settembre 2021, come osservato per i contagi, la Toscana è la seconda regione in Italia anche per numero di decessi rispetto alla popolazione, pur non discostandosi in maniera così netta dalla media nazionale e non raggiungendo mai i valori che altre regioni hanno raggiunto nei periodi precedenti.

Figura 1.18. Deceduti per Covid-19, per periodo - Valori per 100mila abitanti, media giornaliera calcolata nel mese - Regioni e Italia, periodo marzo 2020 - settembre 2021 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati del monitoraggio della Protezione civile



In figura 1.19 si riporta il trend toscano della mortalità per 100mila abitanti, a fianco di quello italiano, per apprezzare meglio il nostro andamento in funzione del contesto nazionale.

Figura 1.19. Deceduti giornalieri per Covid-19 – Deceduti per Covid-19 ogni 100mila abitanti, media mobile a 7 giorni – Toscana e Italia, periodo marzo 2020 - settembre 2021 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati banca dati Protezione civile e ISTAT



In tabella 1.2 sono riportati i tassi cumulativi di mortalità per i quattro periodi considerati fino adesso per dividere l'anno e mezzo di pandemia, con la differenza tra la media toscana e quella italiana. Come osservato per l'andamento dei positivi, di cui la quota di decessi derivati è costante nel tempo, in mancanza di cure efficaci e con una sostanziale stabilità nelle caratteristiche di coloro che decedono (pazienti affetti da una o più malattie croniche e in età avanzata), la Toscana supera la media italiana nell'ultimo periodo di aprile-settembre 2021. Probabilmente in quei mesi la nostra regione ha avuto una maggiore circolazione del virus sul suo territorio e conseguentemente un tasso di mortalità più alto, rispetto al resto del Paese.

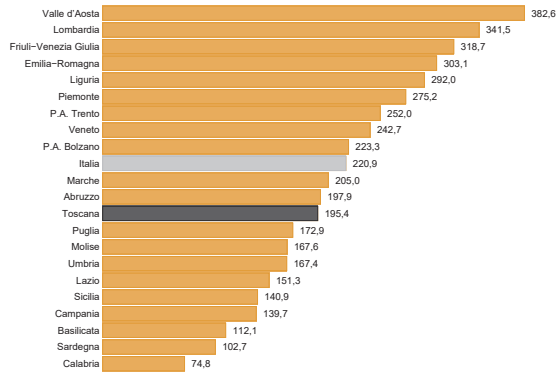
Tabella 1.2. Deceduti per Covid-19 – Tasso di mortalità cumulativo per Covid-19 ogni 100mila abitanti e variazione percentuale Toscana vs Italia – Toscana e Italia, periodo marzo 2020 - settembre 2021 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati banca dati Protezione civile e ISTAT

Periodo	Toscana	Italia	Toscana vs Italia (%)
marzo-maggio 2020	28,4	56,3	-49,6
ottobre-dicembre 2020	68,4	64,6	5,9
gennaio-marzo 2021	45,7	59,4	-23,1
aprile-settembre 2021	49,6	36,4	36,3

Complessivamente, la graduatoria delle regioni per decessi cumulativi da inizio pandemia al 30 settembre 2021 vede le regioni del Nord guidare la classifica (figura 1.20). Analogamente a quanto abbiamo visto per la graduatoria per numero di contagi, infatti, queste regioni hanno guidato e trainato la graduatoria nei periodi di maggior impatto dell'epidemia. I due indicatori sono ovviamente associati. In assenza di una cura per la malattia il numero di morti è fortemente associato al numero di contagi nella popolazione e dipende meno dall'efficienza dei servizi sanitari. L'anzianità dei contagiati, a sua volta associata alla distribuzione della popolazione residente per età, può essere un fattore in grado di spiegare alcune differenze nel posizionamento delle regioni tra la graduatoria per contagio e quella per decessi. Spicca ad esempio l'arretramento della Campania, che mostrava alti livelli di contagio all'inizio della

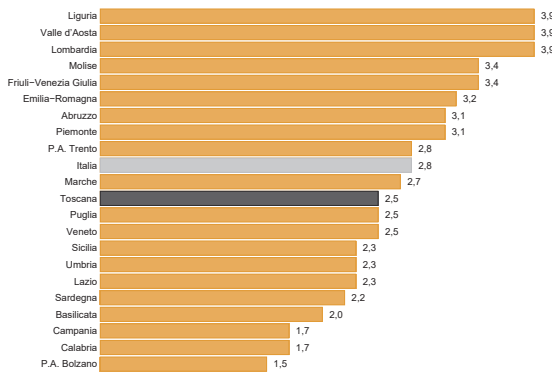
seconda ondata di ottobre-dicembre 2020, ma si ritrova tra le regioni con la mortalità più bassa, molto probabilmente a causa della popolazione mediamente più giovane che vi risiede.

Figura 1.20. Decessi per Covid-19 da inizio pandemia – Valori ogni 100mila abitanti – Regioni e Italia, periodo marzo 2020 - settembre 2021 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati del monitoraggio della Protezione civile



La figura 1.21 riporta la graduatoria delle regioni per letalità della malattia, cioè deceduti ogni 100 positivi al SARS-CoV-2 emersi durante la pandemia. La Toscana mantiene una posizione inferiore alla media nazionale, 2,5 deceduti ogni 100 contagiati rispetto al 2,8% in Italia.

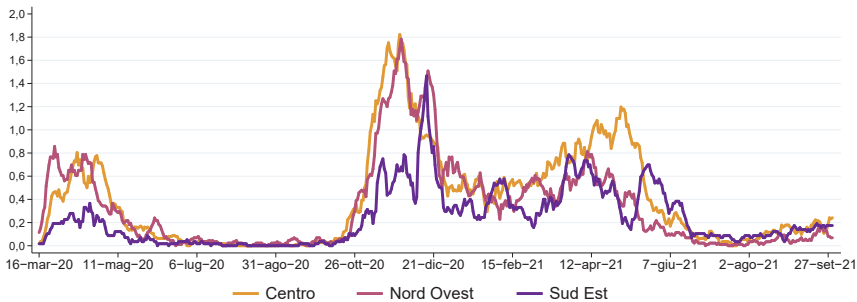
Figura 1.21. Letalità per Covid-19 da inizio pandemia – Deceduti ogni 100 positivi – Regioni e Italia, periodo marzo 2020 - settembre 2021 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati del monitoraggio della Protezione civile



In considerazione di quanto detto più volte in precedenza, dovremmo in realtà chiamare questo indicatore “letalità apparente”, perché il reale numero di contagiati non è noto. Lo dimostra il fatto che, provando a calcolare la letalità nel tempo, l'andamento della curva ottenuta risente fortemente della scarsa capacità diagnostica dei primi mesi, durante i quali il rapporto tra deceduti e positivi in Toscana sfiorava il 10%. Sul trend dei deceduti inoltre, nel

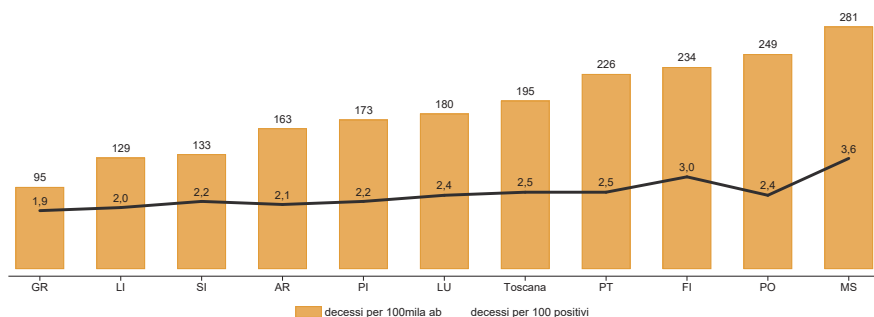
corso di questo anno e mezzo, sono intervenuti con un ruolo protettivo i vaccini anti-SARS-CoV-2. Si rimanda però al capitolo dedicato appunto alla campagna vaccinale, per un'analisi di popolazione del trend della mortalità alla luce dei primi effetti della campagna vaccinale. All'interno del territorio regionale le differenze sono in linea con quanto osservato dalle curve dei contagi per AUSL o provincia (figura 1.22). La AUSL Sud Est è stata la meno colpita al 30 settembre 2021 con 135 deceduti ogni 100mila abitanti, rispetto ai 225 per 100mila nella AUSL Centro e 189 per 100mila tra i residenti della AUSL Nord Ovest. La AUSL Centro sembra essere stata particolarmente più colpita rispetto alle altre, anche rispetto alla AUSL Nord Ovest con la quale mediamente aveva sempre condiviso livelli di mortalità simili, dalla terza ondata di gennaio-marzo 2021.

Figura 1.22. Deceduti giornalieri per Covid-19, per Asl di residenza - Deceduti per Covid-19 ogni 100mila abitanti, media mobile a 7 giorni - Toscana, periodo marzo 2020 - settembre 2021 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati banca dati Protezione civile e ISTAT



La provincia più colpita dai morti per Covid-19 da inizio pandemia è quella di Massa-Carrara (tasso di mortalità grezzo pari a 281 decessi per 100mila abitanti), seguita Prato e Firenze (figura 1.23). Massa-Carrara è anche la provincia con il più alto livello di letalità apparente, 3,6 deceduti ogni 100 positivi al SARS-CoV-2. Ancora una volta le province della AUSL Sud Est e Livorno sono quelle meno colpite invece, anche in termini di mortalità. Parte di questi risultati sono dovuti alla diversa composizione per età delle popolazioni residenti, come vedremo successivamente.

Figura 1.23. Deceduti per Covid-19 da inizio pandemia, per provincia di residenza - Deceduti per Covid-19 ogni 100mila abitanti e deceduti per 100 positivi - Toscana, periodo marzo 2020 - settembre 2021 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati banca dati Protezione civile e ISTAT



Il ruolo dell'età sulla letalità della malattia è desumibile dall'andamento della stessa per fascia d'età. Attingendo ai dati della banca dati ISS, infatti, è possibile calcolare l'indicatore per fascia d'età, tra i positivi emersi al 30 settembre 2021 (tabella 1.3). Prima dei 40 anni d'età è praticamente assente il rischio di morte tra i contagiati. Successivamente la probabilità di morire aumenta gradualmente, fino a raggiungere valori molto alti tra i grandi anziani: quasi un ultra90enne su tre che si contagia con il SARS-CoV-2 è andato incontro a decesso durante la pandemia.

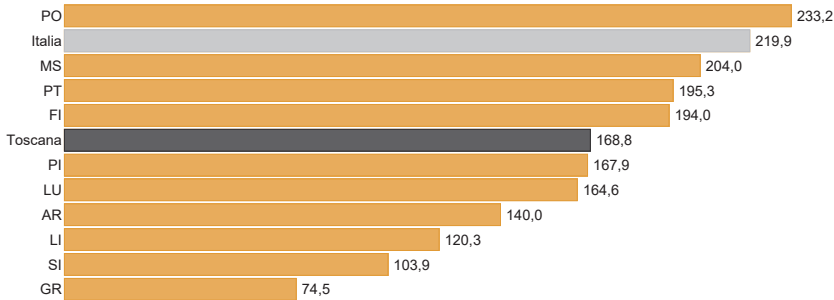
Tabella 1.3. Letalità per Covid-19, per classe d'età - Deceduti ogni 100 positivi - Toscana e Italia, periodo marzo 2020 - settembre 2021 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati sorveglianza Covid-19 ISS

Età	Toscana	Italia
<40	0,0	0,0
40-49	0,1	0,2
50-59	0,5	0,6
60-69	2,2	2,7
70-79	7,4	9,2
80-89	18,5	19,7
90+	29,0	27,7

Sempre attingendo ai dati della banca dati ISS è possibile stimare il tasso di mortalità standardizzato per età per le province toscane (utilizzando la popolazione italiana come standard di riferimento), così da correggere per un eventuale differenza nella distribuzione per età dei residenti (figura 1.24). Il tasso aggiustato pone Prato in cima alla graduatoria delle province, con 233 deceduti ogni 100mila abitanti, superiore anche alla mortalità media italiana. Tutti i tassi di mortalità, una volta aggiustati per età, diminuiscono di valore, considerato che i decessi si concentrano nelle fasce d'età più anziane (che hanno un peso minore nella popolazione standard, visto che la struttura per età della popolazione italiana

è mediamente più giovane di quella toscana). In generale la graduatoria tende a mantenere lo stesso gradiente geografico del dato grezzo (ad eccezione della provincia di Prato), ma le distanze tra le province tendono a ridursi leggermente.

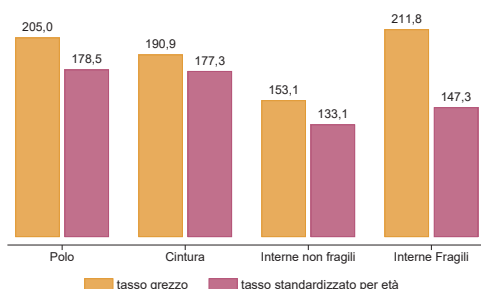
Figura 1.24. Deceduti per Covid-19 da inizio pandemia, per provincia di residenza - Tasso standardizzato per età per 100mila abitanti - Toscana e Italia, periodo marzo 2020 - settembre 2021 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati sorveglianza Covid-19 ISS e ISTAT



L'andamento della mortalità è stato diverso anche tra italiani e stranieri. Il tasso grezzo di mortalità nella popolazione straniera residente è stato un terzo rispetto a quello degli italiani: 68 decessi per 100mila vs 208 per 100mila. Abbiamo già ricordato, però, che la popolazione straniera ha una struttura per età notevolmente più giovane di quella italiana. Se standardizziamo il dato per età, infatti, il confronto si inverte e la mortalità tra gli stranieri ha un valore pari a 1,8 volte quello degli italiani: 296 decessi ogni 100mila vs 166 decessi ogni 100mila. Il confronto è coerente con quanto osservato per la mortalità generale. La mortalità degli stranieri, una volta standardizzata per età, è più alta di quella della popolazione italiana autoctona, plausibilmente a causa di condizioni di salute e di vita mediamente peggiori. Nel 2017, ultimo anno disponibile, la mortalità per tutte le cause in Toscana è stata pari a 1.167 decessi ogni 100mila stranieri e 831 decessi ogni 100mila italiani (1,4 volte).

Infine, utilizzando la classificazione dei comuni in poli, cinture, aree interne fragili e non, i tassi di mortalità grezzi mostrano come siano state le aree fragili quelle a maggior rischio di decesso (figura 1.25). I risultati non stupiscono, considerando che per definizione nelle aree fragili rientrano tutti quei comuni con una popolazione più anziana. Se, infatti, standardizziamo i tassi per età (utilizzando la popolazione italiana come standard) vediamo come siano i comuni di polo e cintura quelli che hanno avuto una mortalità maggiore fino al 30 settembre 2021, a causa di una maggiore probabilità di contagio rispetto ai comuni più spopolati che rientrano tra le aree interne e fragili, come emerso dai risultati dell'analisi del rischio di contagio per area.

Figura 1.25. Deceduti per Covid-19 da inizio pandemia, per area – Tasso standardizzato per età per 100mila abitanti – Toscana e Italia, periodo marzo 2020 – settembre 2021 – Fonte: Elaborazioni ARS su dati sorveglianza Covid-19 ISS e ISTAT



Nel paragrafo che segue, utilizzando i dati ISTAT, valuteremo meglio l’impatto della pandemia sulla mortalità, analizzando il totale dei decessi osservati nel periodo e non solo quelli riportati ufficialmente come decessi Covid-19 dal monitoraggio della Protezione civile o ISS.

Il ruolo di Covid-19 sulla mortalità generale

L’analisi degli eccessi della mortalità generale osservati nel corso della pandemia, rispetto a quanto rilevato negli anni precedenti, rappresenta uno degli approcci più affidabili e meno distorti per valutare l’impatto della malattia da Covid-19 sulla mortalità della popolazione. Sebbene l’Istituto superiore di sanità abbia ampiamente specificato i criteri con cui si definiscono i decessi dovuti a Covid-19, il dato diffuso quotidianamente nei bollettini regionali e nazionali potrebbe, infatti, essere influenzato dalle capacità diagnostiche e di certificazione. Come detto nel paragrafo precedente, soprattutto nella fase iniziale di diffusione della pandemia è possibile che si sia verificata una sottostima dei decessi attribuiti a Covid-19, poiché non tutti i decessi per questa infezione potrebbero essere stati identificati correttamente, per la mancanza di certificazione da tampone nei soggetti deceduti a domicilio o nelle residenze per anziani. Inoltre, l’impatto dell’epidemia sulla salute della popolazione in termini di mortalità generale potrebbe essere stato in parte aggravato da fattori indiretti come, ad esempio, il ridotto accesso ai servizi di emergenza-urgenza per eventi cardiovascolari (infarto o ictus) o per la minore attenzione ai malati cronici (pazienti oncologici e non), soprattutto nelle aree dove i sistemi sanitari sono stati particolarmente stressati. Analizzare gli eccessi di mortalità fornisce, quindi, una valutazione non solo della mortalità Covid-19 diretta (cioè quella ufficiale), ma anche di quella “nascosta” e di quella indiretta.

Fin dai primi mesi della pandemia ISTAT ha messo a disposizione, per la prima volta negli ultimi 30 anni, i dati di mortalità relativi all’anno in corso, per diffondere informazioni utili alla comprensione della situazione legata all’emergenza sanitaria. Si tratta dei dati relativi al numero totale di decessi per qualunque causa (e non solo per Covid-19), su base giornaliera e distinti per genere e classe d’età, registrati nei comuni italiani. La diffusione tempestiva di dati della mortalità giornaliera comunale da parte di ISTAT è stata possibile grazie alla

collaborazione con il Ministero dell'Interno per l'acquisizione dei dati ANPR (Anagrafe nazionale della popolazione residente) e con il Ministero dell'Economia e delle finanze per l'acquisizione del flusso dei deceduti risultanti dall'Anagrafe tributaria.

Quando scriviamo questo documento sono disponibili i dati dei decessi comunali aggiornati al 30 giugno 2021. ISTAT mette a disposizione la serie storica dei decessi giornalieri dal 2011, ma il periodo 2015-2019 è quello che assumiamo come riferimento per la valutazione dell'eccesso di mortalità per gli anni 2020 e 2021.

Complessivamente in Italia nel 2020 i decessi totali sono stati 764.146, +100.526 rispetto alla media dei cinque anni precedenti (+15,6%), il dato più alto mai registrato nel nostro Paese dal secondo dopoguerra. Nei primi sei mesi del 2021 l'eccesso di mortalità è quasi dimezzato, ma rimane ancora pari a circa 28.500 decessi in più rispetto allo stesso periodo nel quinquennio 2015-2019 (+8,5%). Si registra una forte eterogeneità geografica e temporale (figura 1.26): nel 2020 è il Nord Italia a registrare l'eccesso di mortalità più alto, +24,6%, ed in particolare la Lombardia (+36,6%), mentre la Toscana registra un +8,6%, pari a circa 3.800 decessi in più rispetto al periodo di riferimento, un dato sostanzialmente in linea con la media delle regioni del Centro Italia (+7,5%). Nel periodo gennaio-giugno 2021 si nota una maggiore omogeneità tra Nord, Centro e Sud Italia: l'eccesso di mortalità più alto si registra in Puglia (+19,9%) mentre le regioni del Nord, più colpite nella prima fase epidemica, mostrano nel 2021 una netta flessione dell'eccesso di mortalità. Come vedremo ciò è spiegato per buona parte dalla differente velocità delle campagne di vaccinazioni anti-SARS-CoV-2 che ha caratterizzato le regioni del Nord e del Centro rispetto a quelle del Sud. Anche in Toscana, nei primi sei mesi del 2021, l'impatto di Covid-19 sulla mortalità è più basso rispetto al 2020: si registrano 1.432 decessi in più rispetto al 2015-2019 (+6,3%), una diminuzione dell'eccesso però, rispetto a quello osservato nel 2020, sicuramente più contenuta in rapporto alla media italiana. Il confronto tra i primi sei mesi del 2021 con lo stesso periodo dell'anno precedente, infatti, segna a livello nazionale una lieve diminuzione della mortalità (-3,9%), mentre in Toscana un aumento pari al +4,7%. Questo probabilmente è da imputarsi alla maggiore circolazione del virus in Toscana nei primi mesi del 2021, come abbiamo visto nel paragrafo precedente.

Se si analizza l'eccesso di mortalità ripercorrendo le varie fasi pandemiche (il semestre 2021 si considera un unico periodo), si osserva come nei primi due mesi del 2020 la mortalità, sia in Italia che in Toscana, si attesti su livelli più bassi dell'atteso, presumibilmente grazie ad un ridotto impatto delle epidemie influenzali per le condizioni climatiche più miti (figura 1.27). La prima ondata della pandemia determina un incremento della mortalità del +31,7% a livello nazionale, ma in gran parte attribuibile agli eccessi registrati in Lombardia e nelle altre regioni del Nord Italia. Nei mesi di marzo-maggio 2020 in Toscana, così come nella gran parte delle aree del Centro-Sud, grazie alle restrizioni e alle misure di contenimento adottate, l'eccesso di mortalità è stato molto più contenuto (+9,3%). Successivamente alla fase di transizione estiva, nella seconda ondata (ottobre-dicembre 2020) il dato complessivo nazionale è molto simile (+32,3%), con una maggiore omogeneità tra le varie aree del Paese. In Toscana, come nel resto

del Centro-Sud, l'eccesso di mortalità è molto più alto rispetto a quanto osservato nella prima fase pandemica, +26,5% pari a quasi 3mila decessi in più rispetto al quinquennio 2015-2019.

Figura 1.26. Decessi per tutte le cause, per anno - Variazione percentuale rispetto alla media del periodo 2015-2019 - Regioni e Italia, anni 2020 e 2021 (gennaio-giugno) - Fonte: Elaborazioni Ars su dati ISTAT

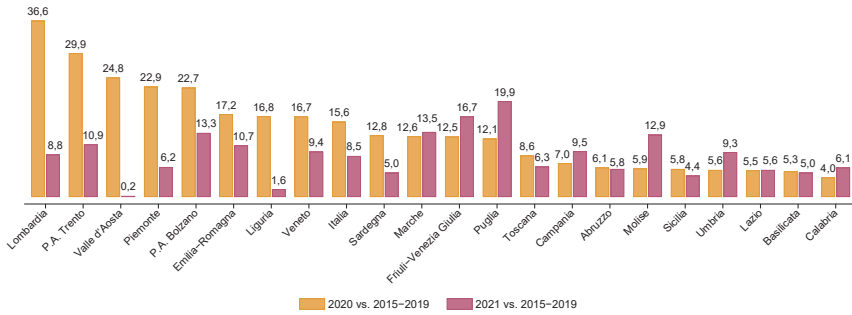
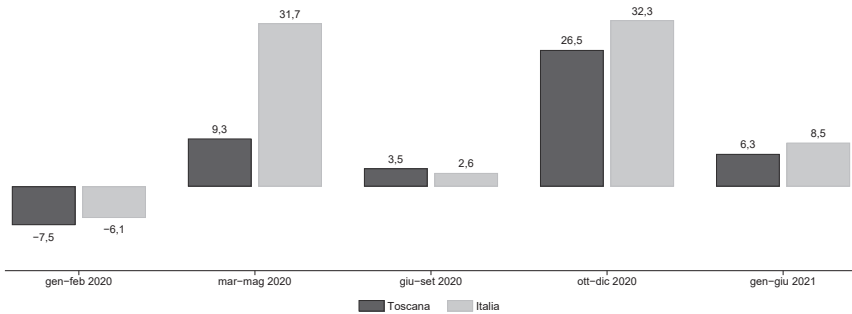
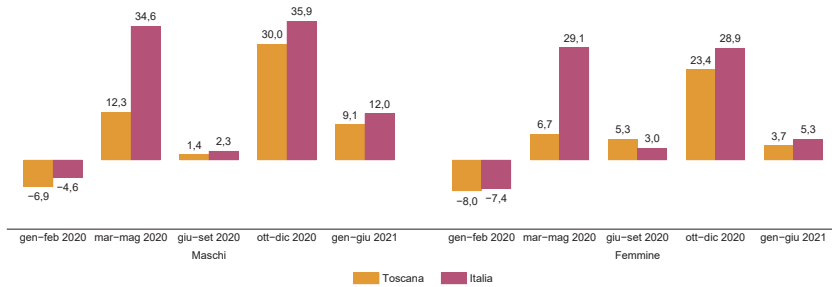


Figura 1.27. Decessi per tutte le cause, per periodo - Variazione percentuale rispetto alla media del periodo 2015-2019 - Toscana e Italia, anni 2020 e 2021 (gennaio-giugno) - Fonte: Elaborazioni ARS su dati ISTAT



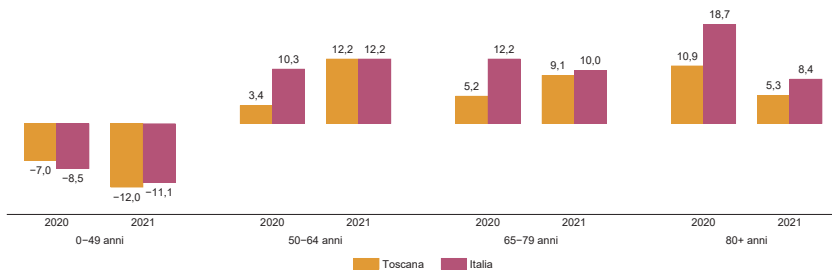
La stratificazione per genere (figura 1.28) mostra come l'impatto sulla mortalità sia stato più forte negli uomini rispetto alle donne, sia a livello nazionale che toscano. In tutte le fasi pandemiche l'eccesso di mortalità tra gli uomini è più alto, ad eccezione della fase di transizione dell'estate 2020, in cui le donne mostrano una mortalità più alta.

Figura 1.28. Decessi per tutte le cause, per genere e periodo - Variazione percentuale rispetto alla media del periodo 2015-2019 - Toscana e Italia, anni 2020 e 2021 (gennaio-giugno) - Fonte: Elaborazioni ARS su dati ISTAT



Relativamente alla composizione per età, nel 2020 è sui più anziani (80+ anni) che la pandemia ha determinato un impatto maggiore in termini di mortalità: l'eccesso di mortalità è del +18,7% in Italia e del +10,9% in Toscana (figura 1.29). Minori, ma comunque rilevanti, anche gli eccessi nelle classi d'età 65-79 anni (+12,2% in Italia e +5,2% in Toscana) e 50-64 anni (+10,3% in Italia e +3,4% in Toscana). Nei primi sei mesi del 2021, al contrario, l'impatto maggiore, sia a livello nazionale che in Toscana, si registra nella classe d'età 50-64 anni, mentre è decisamente più basso negli 80+, grazie alla campagna di vaccinazione avviata a gennaio, che ha coinvolto proprio gli over 80 per primi, subito dopo gli operatori sanitari e gli ospiti di RSA. La mortalità nella classe d'età 0-49 anni è stata invece sempre più bassa rispetto ai livelli del quinquennio precedente, suggerendo un effetto positivo delle restrizioni alla mobilità e alle attività lavorative sulla mortalità per incidenti e traumatismi.

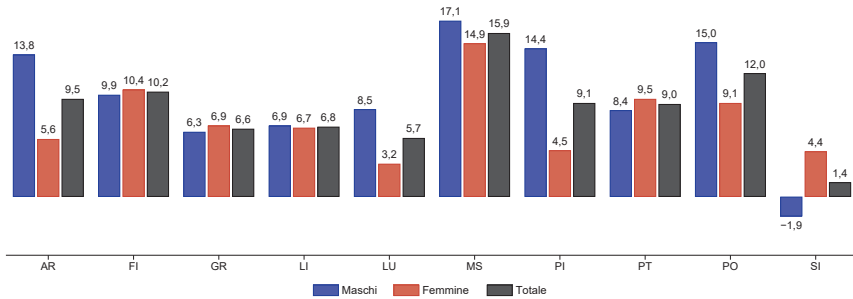
Figura 1.29. Decessi per tutte le cause, per classe d'età e anno - Variazione percentuale rispetto alla media del periodo 2015-2019 - Toscana e Italia, anni 2020 e 2021 (gennaio-giugno) - Fonte: Elaborazioni ARS su dati ISTAT



In Toscana si osserva anche una forte disomogeneità territoriale. In figura 1.30 sono riportate le variazioni percentuali dei decessi osservati nel 2020 per provincia e genere. La provincia di Massa-Carrara presenta nel 2020 l'incremento più alto, +15,9%, seguita da Prato (+12%) e Firenze (+10,2%). Il valore più basso si registra nella provincia di Siena (+1,4%). Le differenze

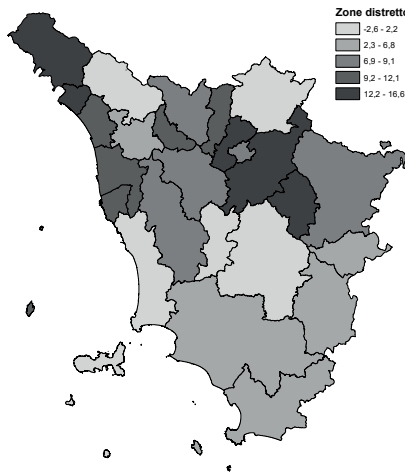
di genere maggiori si registrano nelle province di Pisa, Arezzo, Prato e Lucca, con valori più alti negli uomini. In controtendenza la provincia di Siena dove le donne segnano un +4,4% rispetto al -1,9% degli uomini.

Figura 1.30. Decessi per tutte le cause, per genere e provincia - Variazione percentuale rispetto alla media del periodo 2015-2019 - Toscana, anno 2020 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati ISTAT



Per un maggiore dettaglio sulla distribuzione spaziale si riporta una mappa delle variazioni percentuali della mortalità nel 2020, sempre rispetto al quinquennio 2015-2019, per Zona distretto (figura 1.31). La Lunigiana, le Apuane, la Fiorentina Nord Ovest e Sud Est e la zona del Valdarno sono quelle in cui si osservano gli aumenti maggiori della mortalità.

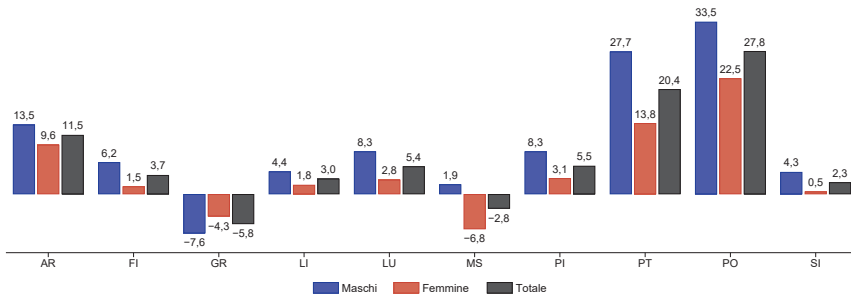
Figura 1.31. Decessi per tutte le cause, per Zona Distretto - Variazione percentuale rispetto alla media del periodo 2015-2019, colorazione in quintili della distribuzione dei valori zionali - Toscana, anno 2020 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati ISTAT



Nei primi sei mesi del 2021 (figura 1.32) sono, invece, le province di Prato e Pistoia a mostrare eccessi di mortalità decisamente più alti rispetto alle altre province toscane. La mortalità è più

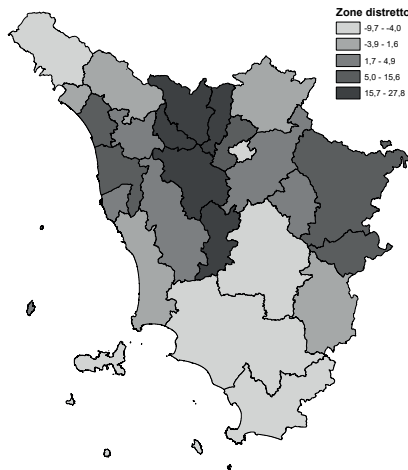
alta soprattutto negli uomini, +33,5% a Prato +27,7% a Pistoia. In controtendenza i dati della provincia di Massa-Carrara (-2,8%) e Grosseto (-5,8%).

Figura 1.32. Decessi per tutte le cause, per genere e provincia - Variazione percentuale rispetto alla media del periodo 2015-2019 - Toscana, anno 2021 (gennaio-giugno) - Fonte: Elaborazioni ARS su dati ISTAT



Nel 2021 la mortalità risulta più alta del riferimento nella fascia centrale che taglia da nord al centro la regione, che comprende la zona Pratese, Pistoiese, Valdinievole, e verso Sud l'Empolese-Valdarno inferiore e l'Alta Val d'Elsa (figura 1.33).

Figura 1.33. Decessi per tutte le cause, per Zona Distretto - Variazione percentuale rispetto alla media del periodo 2015-2019, colorazione in quintili della distribuzione dei valori zonali - Toscana, anno 2021 (gennaio-giugno) - Fonte: Elaborazioni ARS su dati ISTAT



Si riporta infine per la Toscana il dato relativo al contributo dei decessi Covid-19 sull'eccesso di mortalità totale. L'informazione sui decessi Covid-19 deriva dalla banca dati della Protezione civile, alimentata dalle singole regioni quotidianamente.

Complessivamente nel 2020 in Toscana sono stati notificati 3.673 decessi Covid-19, che rappresentano il 7,6% dei decessi totali e l'82,4% dell'eccesso di mortalità. Nei primi sei

mesi del 2021 i decessi Covid-19 sono stati 3.195, pari al 18,3% della mortalità totale e più del doppio dell'eccesso di mortalità. Quest'ultimo dato suggerisce che la maggiore mortalità causata da Covid-19 è stata controbilanciata da una diminuzione della mortalità per altre cause, come ad esempio l'influenza, e comunque da un effetto *harvesting*, ovvero dal fatto che la pandemia abbia anticipato una quota di decessi, soprattutto tra i più anziani e fragili, che erano comunque plausibilmente attesi nel breve periodo, proprio a causa delle già compromesse condizioni di salute di queste persone.

Queste prime informazioni in merito al contributo del Covid-19 sulla mortalità della popolazione sono da considerarsi preliminari. Solo un'analisi più approfondita delle singole cause di mortalità potrà fornire maggiori dettagli su come la pandemia ha agito sulla mortalità, direttamente e indirettamente. Ad oggi ISTAT ha reso disponibili i risultati dell'analisi dei certificati di morte relativi esclusivamente ai mesi di marzo e aprile 2020, da cui emerge che in Italia il 60% dell'eccesso di mortalità registrato nei due mesi è attribuibile al Covid-19, il 10% a polmoniti e il 30% ad altre cause. L'incremento dei decessi dovuti a polmoniti o altre affezioni respiratorie porta a ipotizzare che in quei mesi iniziali la difficoltà a diagnosticare una nuova patologia abbia prodotto una sottostima dei decessi a essa effettivamente dovuti. Sono in aumento anche i decessi per demenze, diabete e cardiopatie ipertensive, suggerendo un ruolo indiretto del Covid-19, attraverso l'accelerazione di processi morbosi già in atto. Stabile, invece, la mortalità per tumori e in diminuzione quella per incidenti stradali.

Relativamente ai dati toscani si fa notare che è stato recentemente avviato, nell'ambito delle risorse messe a disposizione da Regione Toscana (Bando Ricerca Covid-19 Toscana), il progetto regionale *ICOMOT - Impatto del Covid-19 sulla mortalità dei toscani*, coordinato da ISPRO, che mira proprio a sviluppare un sistema agile di gestione amministrativo-sanitaria del flusso della mortalità regionale, in modo da rendere più tempestiva la disponibilità di dati sulla mortalità per causa.

Il ruolo delle patologie pregresse sul rischio di Covid-19

Dedichiamo l'ultimo paragrafo di questa analisi sull'andamento epidemiologico della pandemia ad un aspetto che si è dimostrato di grande rilevanza fin dalle prime fasi: il ruolo delle pregresse condizioni di salute sul rischio di sviluppare una forma più severa della malattia. Nel mondo scientifico si utilizza il termine di "sindemia" per descrivere la combinazione tra la nuova malattia e le pregresse condizioni di salute dei soggetti più fragili nella popolazione (a causa di malattie croniche, ma anche di disuguaglianze socioeconomiche).

ARS ha disegnato un'attività di studio dell'impatto della cronicità sul Covid-19 nell'anno solare 2020 (ultimo disponibile con flussi dati consolidati), che pensiamo rappresentativo per la valutazione dell'associazione tra cronicità e Covid-19, il particolare dell'effetto delle patologie pregresse sul rischio di contagio nella popolazione e, tra i contagiati, di sviluppare forme sintomatiche, severe o letali.

Prima di discutere i risultati, alcuni brevi cenni metodologici di aiuto alla lettura. Per la

valutazione del rischio di contagio si è optato per uno studio *case-population*, dove i casi positivi sono stati confrontati con la popolazione residente in Toscana al 1° gennaio 2020, calcolando gli *odds ratio* (OR) di Covid-19 associati ad ogni patologia cronica. Per la valutazione del rischio di sviluppare forme sintomatiche, severe o letali, si è optato invece per uno studio di coorte tra i soli contagiati, calcolando i rischi relativi (RR) di Covid-19 associati ad ogni patologia cronica. Per forma severa di malattia è stato considerato il ricovero ospedaliero (da scheda di dimissione ospedaliera), mentre per forma letale il decesso durante il decorso della malattia (da banca dati Covid-19 ISS). Sono esclusi gli under 30, tra i quali la prevalenza di patologie croniche è troppo bassa ai fini dell'analisi, e i positivi al SARS-CoV-2 con un quadro clinico ancora aperto (né deceduti né ancora ufficialmente guariti), non potendo essere classificati come sintomatici, ricoverati o deceduti in maniera definitiva. Le patologie croniche considerate sono quelle del Piano nazionale per la cronicità e stimabili dai flussi amministrativi sanitari, tramite algoritmi di cattura validati.

L'effetto delle malattie croniche è aggiustato per genere, età, AUSL di residenza, livello di deprivazione socioeconomica, residenza in RSA. Queste sono infatti condizioni dimostrate associate al rischio di contagio o di evoluzione severa della malattia e anche alla frequenza con la quale si presentano le malattie croniche nella popolazione. In particolare la residenza in RSA, oltre che proxy di condizioni di salute compromessa, è associata ad una maggiore probabilità di essere stato sottoposto a tampone nasofaringeo, dato che la Regione Toscana ha sottoposto tutti gli ospiti delle RSA regionali a periodici test di screening: a parità di malattia, la probabilità di essere stato individuato come positivo per un ospite RSA è quindi maggiore rispetto a quella per la popolazione generale, non sottoposta a tampone in maniera sistematica. I 74.641 toscani over 30 positivi al tampone molecolare durante il 2020, disponibili in banca dati ISS, sono stati confrontati con l'intera popolazione residente over 30 al 1° gennaio 2020 in Toscana (2.547.857 persone da anagrafe sanitaria assistiti). In tabella 1.4 è riassunto il loro confronto. Da una prima lettura delle prevalenze grezze emerge un ruolo dell'età, della AUSL di residenza, del livello di deprivazione socioeconomica, della residenza in RSA, oltre che di molte delle patologie croniche considerate. Tra i risultati spicca la forte associazione tra la residenza in RSA e il rischio di contagio. Si tratta di un risultato atteso, come detto, infatti, fin da subito le residenze sanitarie assistenziali si sono rilevate tra i luoghi a maggior rischio di diffusione dall'epidemia, non solamente per la convivenza di molti ospiti a stretto contatto con personale sanitario o sociosanitario, o per i contatti con visitatori o parenti, ma anche per le condizioni di salute degli ospiti, naturalmente più fragili e compromesse rispetto a quelle della popolazione generale o altrettanto anziana, ma residente al proprio domicilio in piena autonomia.

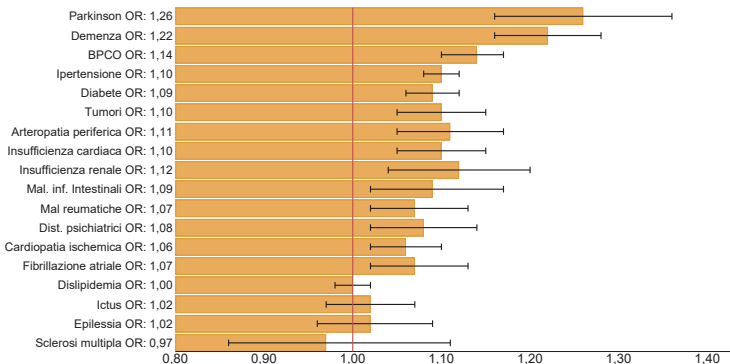
Tra le tre AUSL, la Centro è quella con il rischio di contagio più alto. Possibili spiegazioni, come detto precedentemente, possono essere la diversa conformazione territoriale delle tre AUSL e le conseguenti differenze in termini di densità abitativa e presenza di attività produttive, fattori che favoriscono i contatti tra persone non conviventi.

Apparentemente protettivo invece è il fatto di risiedere in zone con un livello di deprivazione

socioeconomica più elevato, risultato in controtendenza con l'atteso, essendo solitamente associato a maggiori rischi per la salute. È possibile però che il confronto sia confuso da altri fattori sottostanti e non misurati, con cui il livello di deprivazione socioeconomica è potenzialmente associato, primo fra tutti, ad esempio, il lavoro: i livelli di disoccupazione tra persone che vivono in zone economicamente più deprivate potrebbero essere tendenzialmente maggiori e questo potrebbe influire sulla frequenza con la quale ci si trova a contatto con persone non conviventi.

In generale, un malato cronico ha un rischio del 14% maggiore, rispetto alla popolazione generale, di essere contagiato dal SARS-CoV-2, tabella 1.4. Tra le singole patologie quelle che mostrano rischi più alti sono la malattia di Parkinson, la demenza e la BPCO. Si tratta di malattie solitamente più associate all'anzianità rispetto ad altre e si ritrovano più frequentemente tra gli ospiti di RSA o comunque di strutture sanitarie, di per sé a maggior rischio di contagio. Sclerosi multipla, epilessia, ictus e dislipidemia, a parità di altre condizioni croniche o sociodemografiche, non sono associate al rischio di contagio. Tutte le altre patologie invece hanno un effetto sul rischio di contagiarsi, più o meno elevato, dal +6% della cardiopatia ischemica al +26% della malattia di Parkinson, figura 1.34. È intuitivo che in alcuni casi possa non essere solo la patologia in sé a determinare un maggior rischio di contagiarsi, quanto gli aspetti della vita quotidiana correlati alla condizione cronica, come ad esempio l'eventuale terapia farmacologica seguita, che potrebbe limitare l'efficacia del proprio sistema immunitario, oppure la frequenza con la quale ci si reca dal proprio medico curante, negli ambulatori o in strutture sanitarie dedicate alla cura della patologia, tutti luoghi a maggior rischio di contagio per la compresenza di utenti e personale sanitario. Purtroppo, con i dati a nostra disposizione, non è possibile scindere l'effetto puro della patologia da quello di altri fattori che ad essa si legano.

Figura 1.34. Associazione tra patologie croniche e il rischio di contagio da SARS-CoV-2 - Odds Ratio aggiustati per tutte le covariate considerate e intervallo di confidenza al 95% - Toscana, anno 2020 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati sorveglianza Covid-19 ISS e flussi amministrativi sanitari



* la linea verticale rossa individua il valore pari a 1 (assenza di associazione)

Tabella 1.4. Distribuzione delle covariate in analisi tra positivi al SARS-CoV-2 e popolazione generale - Numeri assoluti, valori percentuali, OR aggiustati e intervalli di confidenza al 95% - Toscana, anno 2020 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati sorveglianza Covid-19 ISS e flussi amministrativi sanitari

Variabile	Livello	Positivi SARS-CoV-2 (n=74.641)		Pop. Generale (n=2.547.857)		Odds ratio aggiustati*
		N	%	N	%	
Genere	F	39.593	53,0 (52,7-53,4)	1.355.802	53,2	1 (rif.)
	M	35.048	47,0 (46,6-47,3)	1.192.055	46,8	1,01 (1,00-1,03)
Classe d'età	30-39	9.766	13,1 (12,8-13,3)	321.869	12,6	1 (rif.)
	40-49	15.645	21,0 (20,7-21,3)	503.498	19,8	1,01 (0,98-1,04)
	50-59	18.799	25,2 (24,9-25,5)	562.583	22,1	1,05 (1,02-1,08)
	60-69	11.656	15,6 (15,4-15,9)	450.379	17,7	0,77 (0,74-0,79)
	70-79	8.870	11,9 (11,7-12,1)	394.936	15,5	0,59 (0,57-0,61)
	80+	9.905	13,3 (13,0-13,5)	314.592	12,3	0,63 (0,61-0,65)
Asl	Centro	36.812	49,3 (49,0-49,7)	1.091.333	42,8	1 (rif.)
	Nord Ovest	25.830	34,6 (34,3-34,9)	881.940	34,6	0,88 (0,87-0,89)
	Sud Est	11.999	16,1 (15,8-16,3)	574.584	22,6	0,62 (0,61-0,64)
Deprivazione	Bassa	24.627	33,0 (32,7-33,3)	822.647	32,3	1 (rif.)
	Media	25.397	34,0 (33,7-34,4)	877.943	34,5	0,97 (0,95-0,98)
	Alta	24.617	33,0 (32,6-33,3)	847.267	33,3	0,94 (0,93-0,96)
Residenza RSA		4.619	6,2 (6,0-6,4)	15.050	0,6	11,68 (11,19-12,20)
Ipertensione		27.598	37,0 (36,6-37,3)	929.932	36,5	1,10 (1,08-1,12)
Dislipidemia		21.770	29,2 (28,8-29,5)	733.799	28,8	1,00 (0,98-1,02)
Diabete		7.214	9,7 (9,5-9,9)	220.275	8,6	1,09 (1,06-1,12)
Fibrillazione atriale		1.856	2,5 (2,4-2,6)	56.732	2,2	1,07 (1,02-1,13)
Insufficienza cardiaca		2.741	3,7 (3,5-3,8)	68.706	2,7	1,10 (1,05-1,15)
Cardiopatía ischemica		4.857	6,5 (6,3-6,7)	144.318	5,7	1,06 (1,02-1,10)
Ictus		1.824	2,4 (2,3-2,6)	44.932	1,8	1,02 (0,97-1,07)
Arteriopatía periferica		1.398	1,9 (1,8-2,0)	39.029	1,5	1,11 (1,05-1,17)
Insufficienza renale		862	1,2 (1,1-1,2)	23.781	0,9	1,12 (1,04-1,20)
BPCO		5.413	7,3 (7,1-7,4)	159.572	6,3	1,14 (1,10-1,17)
Demenza		3.085	4,1 (4,0-4,3)	41.437	1,6	1,22 (1,16-1,28)
Parkinson		785	1,1 (1,0-1,1)	14.454	0,6	1,26 (1,16-1,36)
Epilessia		1.100	1,5 (1,4-1,6)	26.630	1	1,02 (0,96-1,09)
Dist. Psichiatrici		1.830	2,5 (2,3-2,6)	32.117	1,3	1,08 (1,02-1,14)
Mal. Reumatiche		1.761	2,4 (2,3-2,5)	56.839	2,2	1,07 (1,02-1,13)
Mal. inf. Intestinali		846	1,1 (1,1-1,2)	26.035	1	1,09 (1,02-1,17)
Sclerosi multipla		251	0,3 (0,3-0,4)	7.989	0,3	0,97 (0,86-1,11)
Tumori		2.252	3,0 (2,9-3,1)	73.926	2,9	1,10 (1,05-1,15)
Almeno una pat. cronica		39.339	52,7 (52,3-53,1)	1.312.190	51,5	1,14 (1,12-1,16)

*per le tutte le covariate considerate.

I risultati che seguono si riferiscono al sottogruppo dei 74.641 contagiati, tra i quali si è valutato il rischio di aver sviluppato una malattia in forma sintomatica, severa (approssimato con l'essere stato ricoverato in ospedale) o letale (deceduto). È emerso infatti il ruolo delle pregresse condizioni croniche sul rischio di andare incontro a complicanze e danni d'organo che non riguardano il solo apparato respiratorio, il più frequente ad essere colpito con la polmonite bilaterale interstiziale.

Il 56,2% dei contagiati presi in esame ha sviluppato sintomi, il 13,1% è stato ricoverato in ospedale, il 4,9% è deceduto (tabella 1.5). Da una prima lettura di questi dati grezzi emerge una tendenza ad avere una prognosi peggiore per gli uomini, gli anziani, i maggiormente deprivati socioeconomicamente e i residenti in RSA. Sembrano esserci inoltre alcune differenze per AUSL di residenza, con i cittadini della AUSL Sud Est leggermente più protetti.

Tabella 1.5. Sintomatici, ricoverati e deceduti tra contagiati da SARS-CoV-2, per covariata - Numeri assoluti e valori percentuali con intervallo di confidenza al 95% - Toscana, anno 2020 -Fonte: Elaborazioni ARS su dati sorveglianza Covid-19 ISS e flussi amministrativi sanitari

Variabile	Livello	SARS-CoV-2	di cui sintomatici		di cui ricoverati		di cui deceduti	
		n	n	%	N	%	n	%
Totale		74.641	41.923	56,2 (55,8-56,5)	9.768	13,1 (12,8-13,3)	3.725	4,9 (4,8-5,1)
Genere	F	39.593	22.656	57,2 (56,7-57,7)	4.203	10,6 (10,3-10,9)	1.696	4,3 (4,1-4,5)
	M	35.048	19.267	55,0 (54,5-55,5)	5.565	15,9 (15,5-16,3)	2.029	5,8 (5,5-6,0)
Classe d'età	30-39	9.766	4.785	49,0 (48,0-50,0)	220	2,3 (2,0-2,5)	5	0,1 (0,0-0,1)
	40-49	15.645	7.926	50,7 (49,9-51,4)	557	3,6 (3,3-3,9)	29	0,2 (0,1-0,3)
	50-59	18.799	9.952	52,9 (52,2-53,7)	1.344	7,1 (6,8-7,5)	88	0,5 (0,4-0,6)
	60-69	11.656	6.661	57,1 (56,2-58,0)	1.760	15,1 (14,4-15,7)	264	2,3 (2,0-2,5)
	70-79	8.870	5.536	62,4 (61,4-63,4)	2.337	26,3 (25,4-27,3)	766	8,6 (8,1-9,2)
	80+	9.905	7.063	71,3 (70,4-72,2)	3.550	35,8 (34,9-36,8)	2.573	26,0 (25,1-26,8)
Asl	Centro	36.812	20.179	54,8 (54,3-55,3)	5.315	14,4 (14,1-14,8)	1.941	5,3 (5,0-5,5)
	Nord Ovest	25.830	15.329	59,3 (58,7-59,9)	3.215	12,4 (12,0-12,8)	1.330	5,1 (4,9-5,4)
	Sud Est	11.999	6.415	53,5 (52,6-54,4)	1.238	10,3 (9,8-10,9)	454	3,8 (3,4-4,1)
Deprivazione	Bassa	24.627	13.686	55,6 (55,0-56,2)	3.049	12,4 (12,0-12,8)	1.058	4,3 (4,0-4,5)
	Media	25.397	14.502	57,1 (56,5-57,7)	3.255	12,8 (12,4-13,2)	1.280	5,0 (4,8-5,3)
	Alta	24.617	13.735	55,8 (55,2-56,4)	3.464	14,1 (13,6-14,5)	1.387	5,6 (5,3-5,9)
Residenza	no	70.022	38.325	54,7 (54,4-55,1)	7.681	11,0 (10,7-11,2)	2.597	3,7 (3,6-3,8)
RSA	si	4.619	3.598	77,9 (76,7-79,1)	2.087	45,2 (43,7-46,6)	1.128	24,4 (23,2-25,7)

I rischi relativi per tutte le covariate (anagrafiche, socioeconomiche e relative alle patologie croniche) (tabella 1.6), confermano il forte effetto dell'età. I rischi di ricovero e decesso in

particolare sembrano aumentare considerevolmente una volta superati i 60 anni, nella AUSL di residenza (con i cittadini della AUSL Sud Est maggiormente protetti), tra i più deprivati e tra gli ospiti di RSA (+21% nelle forme sintomatiche, +87% sul rischio di ricovero e +18% sul rischio di decesso) (tabella 1.6). A parità gli altri fattori, inoltre, si conferma un maggior rischio per gli uomini, rispetto alle donne, +61% per il ricovero e +74% per il decesso.

Tabella 1.6. Associazione tra variabili sociodemografiche e forme sintomatiche, ricoveri e decessi tra contagiati da SARS-CoV-2, per covariata - Rischi relativi aggiustati per tutte le covariate considerate e intervallo di confidenza al 95% - Toscana, anno 2020 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati sorveglianza Covid-19 ISS e flussi amministrativi sanitari

Variabile	Livello	Sintomi	Ricovero	Decesso
		RR	RR	RR
Genere	M vs F	0,97 (0,96-0,98)	1,61 (1,56-1,67)	1,74 (1,64-1,85)
	40-49 vs 30-39	1,02 (1,00-1,05)	1,54 (1,32-1,80)	3,56 (1,38-9,20)
	50-59 vs 30-39	1,05 (1,03-1,08)	2,81 (2,44-3,24)	8,23 (3,35-20,25)
Età	60-69 vs 30-39	1,10 (1,07-1,13)	5,12 (4,45-5,89)	34,32 (14,17-83,15)
	70-79 vs 30-39	1,14 (1,11-1,18)	7,45 (6,46-8,58)	106,94 (44,28-258,30)
	80+ vs 30-39	1,23 (1,20-1,27)	9,03 (7,83-10,42)	266,04 (110,18-642,41)
Asl	Nord Ovest vs Centro	1,09 (1,07-1,10)	0,88 (0,85-0,92)	1,02 (0,96-1,09)
	Sud Est vs Centro	0,98 (0,97-1,00)	0,76 (0,72-0,81)	0,80 (0,73-0,87)
Deprivazione	Media vs Bassa	1,02 (1,00-1,03)	1,02 (0,98-1,07)	1,07 (1,00-1,15)
	Alta vs Bassa	0,99 (0,97-1,00)	1,04 (0,99-1,08)	1,08 (1,01-1,16)
RSA	sì vs no	1,21 (1,19-1,24)	1,87 (1,78-1,96)	1,18 (1,10-1,27)

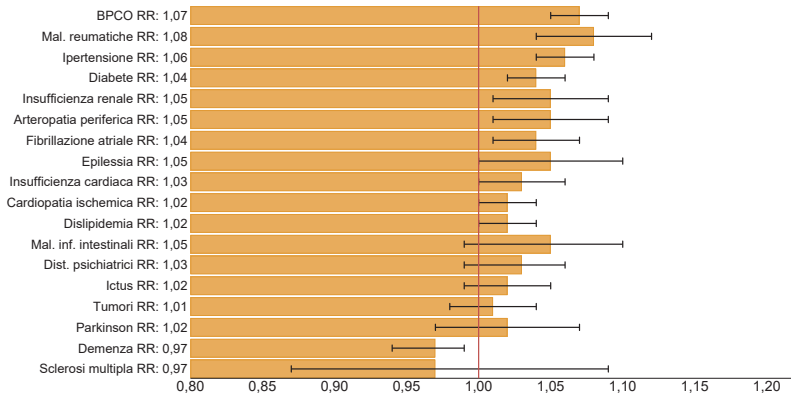
A parità degli altri fattori considerati un malato cronico ha l'8% di rischio in più di sviluppare forme sintomatiche una volta contagiato, rispetto ad una persona senza pregresse patologie, +62% di essere ricoverato e +186% di morire. Il rischio di decesso tra i malati cronici è poco meno di 3 volte quello dei soggetti senza patologie (tabella 1.7). Una volta aggiustati per l'effetto di eventuali comorbidità le associazioni più forti tra rischio di Covid-19 sintomatico o ricovero e patologia pregressa sono quelle della BPCO, le malattie reumatiche e l'ipertensione (figure 1.35-1.36). Demenza, disturbi psichiatrici ed epilessia le prime tre patologie in ordine di effetto sul rischio di decesso (figura 1.37). Sono poche le patologie che non mostrano effetti sui rischi considerati o non hanno significatività statistica. Difficile da spiegare con i dati a nostra disposizione, e quindi oggetto di potenziali approfondimenti futuri, quanto osservato per l'associazione tra demenza e i tre outcome considerati. I malati di demenza sembrano essere protetti dallo sviluppo di forme sintomatiche o dal rischio di ricovero, ma a maggior rischio di decesso: la demenza è, al netto delle altre, la patologia che pone la persona a maggior rischio di morire. È possibile che ciò dipenda da una sotto-notifica dei sintomi tra queste persone e da una minore propensione al ricovero, a parità di altre patologie, trattandosi di

persone che potrebbero già beneficiare di forme di assistenza domiciliari o residenziali, vista la loro condizione di non autosufficienza. L'effetto sul rischio di decesso non stupisce, visto che la demenza contraddistingue solitamente persone molto anziane e fragili.

Tabella 1.7. Associazione tra patologie croniche e forme sintomatiche, ricoveri e decessi tra contagiati da SARS-CoV-2 – Rischi relativi aggiustati per tutte le covariate considerate e intervallo di confidenza al 95% - Toscana, anno 2020 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati sorveglianza Covid-19 ISS e flussi amministrativi sanitari

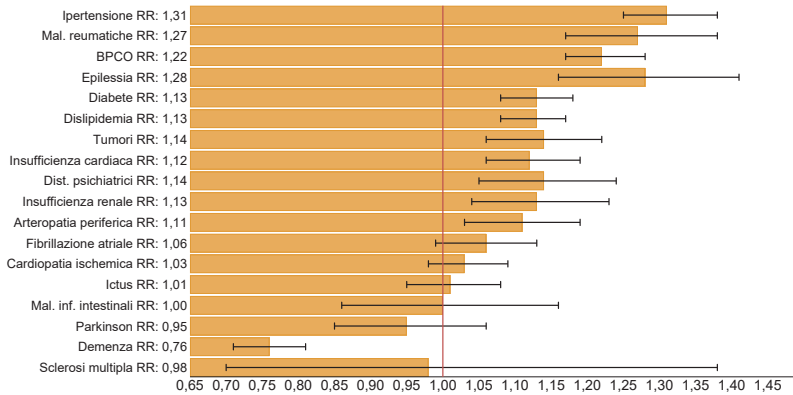
Variabile	Sintomi	Ricovero	Decesso
	RR	RR	RR
Ipertensione	1,06 (1,04-1,08)	1,31 (1,25-1,38)	1,26 (1,15-1,38)
Dislipidemia	1,02 (1,00-1,04)	1,13 (1,08-1,17)	0,98 (0,92-1,05)
Diabete	1,04 (1,02-1,06)	1,13 (1,08-1,18)	1,21 (1,13-1,29)
Fibrillazione atriale	1,04 (1,01-1,07)	1,06 (0,99-1,13)	1,06 (0,96-1,16)
Insufficienza cardiaca	1,03 (1,00-1,06)	1,12 (1,06-1,19)	1,25 (1,16-1,35)
Cardiopatía ischemica	1,02 (1,00-1,04)	1,03 (0,98-1,09)	1,17 (1,09-1,25)
Ictus	1,02 (0,99-1,05)	1,01 (0,95-1,08)	1,13 (1,03-1,24)
Arteropatia periferica	1,05 (1,01-1,09)	1,11 (1,03-1,19)	1,30 (1,17-1,44)
Insufficienza renale	1,05 (1,01-1,09)	1,13 (1,04-1,23)	1,35 (1,21-1,50)
BPCO	1,07 (1,05-1,09)	1,22 (1,17-1,28)	1,27 (1,18-1,35)
Demenza	0,97 (0,94-0,99)	0,76 (0,71-0,81)	1,66 (1,53-1,79)
Parkinson	1,02 (0,97-1,07)	0,95 (0,85-1,06)	1,21 (1,06-1,38)
Epilessia	1,05 (1,00-1,10)	1,28 (1,16-1,41)	1,44 (1,25-1,66)
Dist. psichiatrici	1,03 (0,99-1,06)	1,14 (1,05-1,24)	1,40 (1,27-1,55)
Mal. reumatiche	1,08 (1,04-1,12)	1,27 (1,17-1,38)	1,26 (1,11-1,44)
Mal. inf. intestinali	1,05 (0,99-1,10)	1,00 (0,86-1,16)	0,97 (0,74-1,26)
Sclerosi multipla	0,97 (0,87-1,09)	0,98 (0,70-1,38)	1,47 (0,82-2,62)
Tumori	1,01 (0,98-1,04)	1,14 (1,06-1,22)	1,33 (1,20-1,47)
Almeno una pat. cronica	1,08 (1,07-1,10)	1,62 (1,53-1,72)	2,86 (2,40-3,41)

Figura 1.35. Associazione tra patologie croniche e il rischio di sviluppare forme sintomatiche di Covid-19 - Rischi relativi aggiustati per tutte le covariate considerate e intervallo di confidenza al 95% - Toscana, anno 2020 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati sorveglianza Covid-19 ISS e flussi amministrativi sanitari



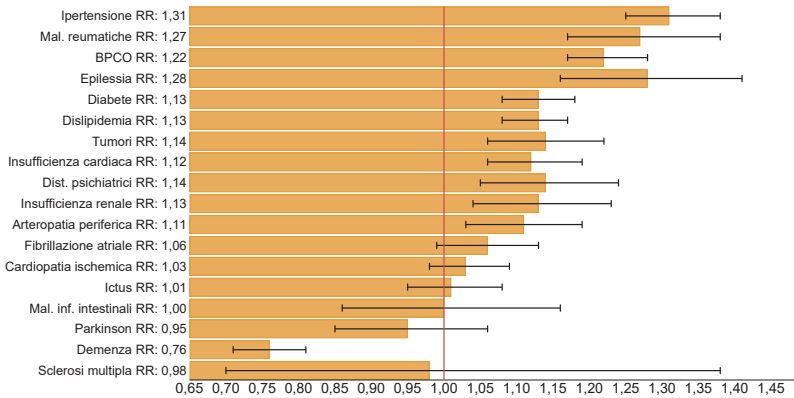
* la linea verticale rossa individua il valore pari a 1 (assenza di associazione)

Figura 1.36. Associazione tra patologie croniche e il rischio di ricovero per Covid-19 - Rischi relativi aggiustati per tutte le covariate considerate e intervallo di confidenza al 95% - Toscana, anno 2020 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati sorveglianza Covid-19 ISS e flussi amministrativi sanitari



* la linea verticale rossa individua il valore pari a 1 (assenza di associazione)

Figura 1.37. Associazione tra patologie croniche e il rischio di decesso per Covid-19 - Rischi relativi aggiustati per tutte le covariate considerate e intervallo di confidenza al 95% - Toscana, anno 2020 - Fonte: Elaborazioni ARS su dati sorveglianza Covid-19 ISS e flussi amministrativi sanitari



* la linea verticale rossa individua il valore pari a 1 (assenza di associazione)

In conclusione, questa analisi ha misurato, pur con alcuni limiti residui, l'effettivo eccesso di rischio associato ai singoli fattori demografici, sociali e, in particolare, delle patologie croniche più frequenti nella popolazione generale.

È emerso come gli anziani non siano esposti a rischi maggiori esclusivamente per l'età anagrafica, ma in quanto frequentemente affetti da una o più patologie croniche. In più, si confermano i rischi legati alla residenza in strutture sanitarie assistite per quanto riguarda la probabilità di contagio, come emerso chiaramente durante i mesi più intensi dell'epidemia, che hanno portato all'adozione di misure di contenimento ad hoc per queste tipologie di assistenza.

Quasi tutte le patologie croniche considerate mostrano chiari effetti sul rischio di sviluppare forme sintomatiche e più severe di Covid-19. Questi risultati erano attesi, ma in questa analisi si è cercato di isolare l'effetto della singola malattia, al netto delle altre, essendo ormai molto frequente la possibilità che un malato cronico si trovi a soffrire di più malattie contestualmente.

Gli effetti diretti della pandemia sui Servizi sanitari e sociosanitari

L. Bachini, F. Collini, S. Forni, F. Gemmi (ARS Toscana), N. Caruso, B. Trambusti (Regione Toscana)

In questo capitolo daremo misura dell'effetto diretto della pandemia sulle due tipologie di struttura sanitaria o sociosanitaria la cui attività è stata fortemente rivoluzionata durante la pandemia, specialmente nei mesi più critici, a causa dell'impegno di cura e di protezione dei propri ospiti: ospedali e Residenze sanitarie assistite (RSA).

Vedremo quindi quanti sono stati effettivamente i ricoveri di pazienti positivi al Sars-CoV2, mentre nel capitolo precedente, attingendo ai dati di Protezione civile, è stato possibile descrivere solo il tasso di occupazione dei posti letto ospedalieri. Cercheremo adesso di caratterizzare i ricoverati e descrivere il loro percorso all'interno dell'ospedale, dall'ingresso alla dimissione o l'eventuale decesso.

Analizzeremo poi la diffusione del contagio all'interno delle RSA toscane, che hanno dovuto fronteggiare una situazione molto critica, comune a tutto il Paese, considerata la tipologia della propria utenza e i rischi per la salute, come abbiamo visto nell'ultimo paragrafo del capitolo precedente dedicato al rischio di sviluppare forme severe di Covid-19 per un ospite di RSA rispetto a un residente al proprio domicilio, a parità di età e condizioni di salute pregressa.

Gli effetti sugli ospedali

L'OMS ha dichiarato il raggiungimento del livello pandemico l'11 marzo 2020. Quel giorno, i pazienti positivi al Sars-CoV2 in Toscana erano già 314, di questi i ricoverati in malattie infettive e in area medica erano 87 e quelli in terapia intensiva erano 54. A quel punto dell'epidemia, con numeri in rapida crescita anche nella nostra regione, è apparso chiaro che le strutture individuate non sarebbero state in grado di accogliere i casi in livelli d'intensità appropriati. Per fronteggiare la prima ondata, la risposta della rete ospedaliera toscana è stata declinata nelle tre Aree vaste, ciascuna delle quali è stata strutturata per fornire le cure necessarie ai pazienti Covid-19 per tutti i livelli di intensità di assistenza, secondo un modello concettuale già collaudato per tutte le reti cliniche (ad esempio le reti per le patologie tempo-dipendenti, come infarto, ictus, grandi traumi, e la rete oncologica).

Ciascuna Area vasta si è articolata per la risposta alla pandemia in tre tipologie di ospedale:

- un ospedale Core-A, corrispondente all'Azienda ospedaliero-universitaria che insiste su quel territorio. Questi ospedali garantiscono alti numeri di posti letto per pazienti Covid-19, sia in Area medica (compresi reparti di malattie infettive), sia in terapia intensiva, inoltre mantengono la continuità nelle funzioni preesistenti per le reti tempo-dipendenti, l'oncologia e l'alta specialità.

- Ospedali Core-B, che corrispondono ai maggiori ospedali per acuti dell'AUSL di Area vasta. Questi garantiscono tutte le funzioni per i pazienti Covid-19 e mantengono la continuità delle funzioni per l'oncologia e le reti tempo dipendenti, individuate in precedenza. Sono dotati di un numero di posti letto in terapia intensiva tale da creare Unità Covid-19 e assicurando al tempo stesso posti letto intensivi per altri pazienti.
- Ospedali No Core, che non dispongono di terapia intensiva o hanno solo piccoli reparti intensivi, che non consentono di destinarne una porzione a pazienti con Covid-19. Garantiscono la continuità dell'assistenza per altri trattamenti non rinviabili. Si tratta di numerosi piccoli ospedali del Sistema sanitario e delle case di cura private.

In condizioni di base, prima dell'inizio della pandemia, gli ospedali toscani disponevano complessivamente di 322 posti letto di terapia intensiva. Il 18 marzo 2020 è stata emessa una ordinanza del Presidente della Giunta regionale con l'approvazione del piano per la realizzazione di 280 ulteriori postazioni di cure intensive, convertendo reparti di degenza strutturati per l'alta intensità, sale operatorie, recovery room, ambulatori chirurgici, ecc., fino a poterne garantire 400 per i pazienti Covid-19, continuando a gestire separatamente i pazienti critici "ordinari".

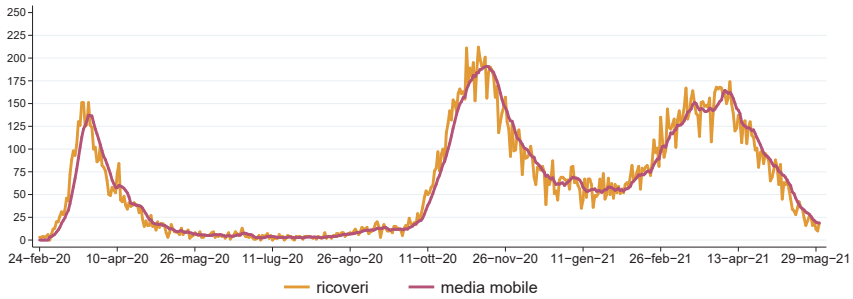
Analizzando le informazioni contenute nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO), i ricoverati per Covid-19 in Toscana nel 2020 sono stati complessivamente 14.882. Successivamente, nei mesi da gennaio a maggio 2021 (quando scriviamo questo documento l'aggiornamento del flusso è consolidato fino al 31 maggio), corrispondenti alla cosiddetta terza ondata, i ricoveri sono stati 13.459. In totale si contano quindi 28.341 ricoveri. Di questi, 16.642 (58,7%) in ospedali dell'Area vasta centrale, 7.839 (27,6%) nell'Area Vasta Nord Ovest e 3.868 (13,7%) nell'Area Vasta Sud Est.

Nella cosiddetta prima ondata pandemica, (per quanto riguarda i ricoveri nella nostra regione si considera dal 3 marzo al 3 maggio 2020), i ricoveri sono stati 3.810, nella seconda ondata (dal 28 settembre al 27 dicembre) 9.779, nella terza ondata (dal 28 dicembre 2020 a tutto maggio 2021) 13.730, mentre nel periodo intermedio tra la prima e la seconda ondata (dal 4 maggio al 27 settembre 2020) sono stati 991.

Il numero giornaliero di nuovi ricoveri ha raggiunto i suoi picchi il 21 marzo per la prima ondata con 151 nuovi ricoveri, il 10 novembre per la seconda ondata, con 209 ricoveri, e l'8 aprile per la terza (figura 2.1).

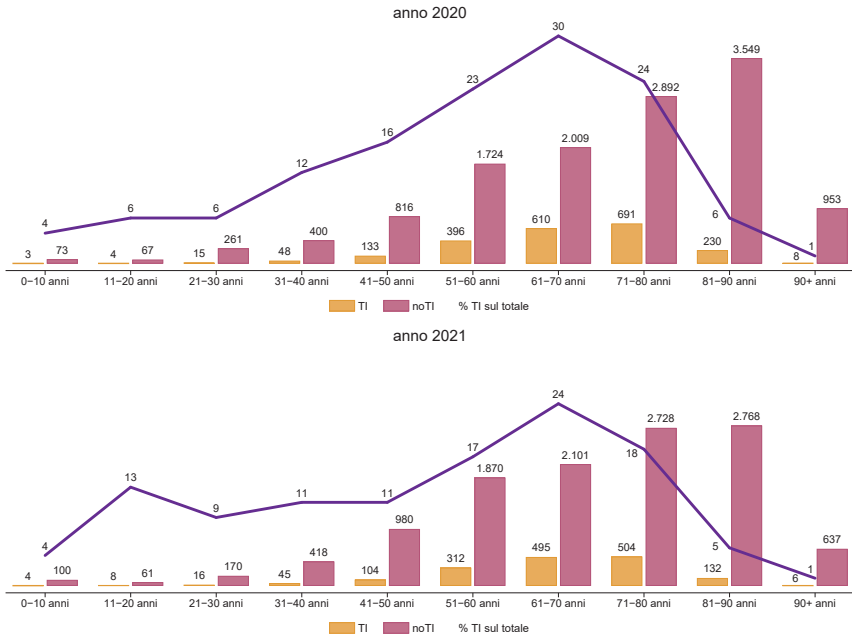
La composizione della casistica dei ricoverati è variata nel corso della pandemia. In particolare, i pazienti che hanno richiesto assistenza in terapia intensiva sono stati il 20,2% nella prima ondata e circa il 12% nel rimanente periodo (12% nel periodo intermedio, 12,4% nella seconda ondata e 12,1% nella terza). Anche la percentuale di decessi intraospedalieri è variata nel tempo e ha fatto registrare le percentuali più alte nella prima ondata (21,8%) e nella seconda ondata (18,6%), mentre nella terza ondata la percentuale scende al 15,7%.

Figura 2.1. Ricoveri (nuove ammissioni) per Covid-19 – Numeri assoluti e media mobile a 7 giorni – Toscana, periodo febbraio 2020 - maggio 2021 – Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso amministrativo SDO



Il grafico seguente (figura 2.2) mostra come la percentuale di accesso alla terapia intensiva aumenti progressivamente fino alla fascia d'età di 70 anni, per poi diminuire drasticamente dopo gli 80 anni.

Figura 2.2. Ricoveri per Covid-19 e passaggi in Terapia intensiva, per classe d'età – Valori assoluti e percentuale di ricoverati passati dalla TI sul totale dei ricoveri - Toscana, periodo febbraio 2020 - maggio 2021 – Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso amministrativo SDO

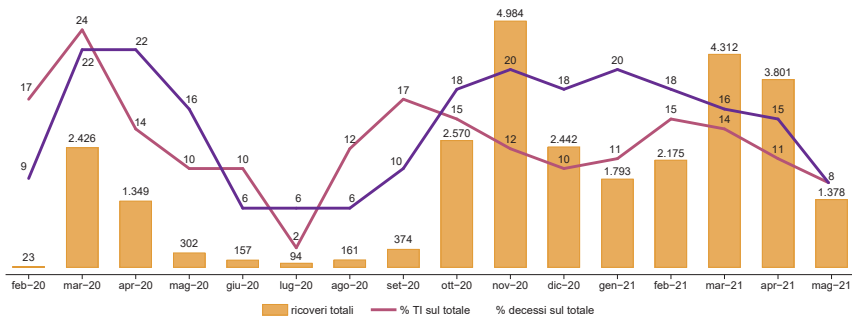


Questo andamento non è peculiare della pandemia di SARS-CoV-2: se si prendono a confronto i ricoveri per polmonite effettuati in Toscana nel corso del 2018, ad esempio, si registra una frequenza di ricoveri in terapia intensiva di 1,5% tra 80 e 84 anni, 0,6% tra

85 e 90 anni, 0,5% oltre i 90 anni (fonte: elaborazioni ARS su dati SDO). Questo avviene perché la terapia intensiva nei pazienti anziani presenta problematiche maggiori, dovute alle condizioni di salute pregresse della persona.

La percentuale di pazienti transitati dalla terapia intensiva è stata maggiore nei mesi di marzo (23,7%) e settembre 2020 (16,8%), mentre si registrano percentuali ridotte tra maggio (10,3%) e luglio (2,1%) e durante la terza ondata (con maggior impegno in febbraio (14,9%) e marzo 2021 (13,6%). L'elevata percentuale di pazienti gestiti in terapia intensiva nella prima ondata è da considerare in relazione all'ampia disponibilità dinamica di posti letto intensivi, il cui numero era stato rapidamente aumentato in base all'occupazione, monitorata due volte al giorno da un'apposita centrale operativa regionale: questa disponibilità ha consentito un atteggiamento clinico prudenziale nei confronti di una patologia severa e dalle caratteristiche cliniche allora in gran parte imprevedibili. La percentuale di ricoveri in terapia intensiva risulta più alta nella prima ondata in tutto il Paese, successivamente questa percentuale si è stabilizzata. Anche la percentuale di decessi intraospedalieri ha seguito un andamento variabile, e ha fatto registrare le percentuali più elevate in corrispondenza delle ondate più intense (figura 2.3).

Figura 2.3. Ricoveri per Covid-19, passaggi in Terapia intensiva e decessi intraospedalieri - Valori assoluti e percentuale di ricoveri in TI e di decessi intraospedalieri sul totale dei ricoveri - Toscana, periodo febbraio 2020 - maggio 2021 - Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso amministrativo SDO



Per descrivere le caratteristiche dei ricoveri per Covid-19, adottiamo una caratterizzazione della casistica secondo tre traiettorie di ricovero (figura 2.4).

Traiettoria A: pazienti che trascorrono il ricovero interamente in area medica (medicina interna, pneumologia, malattie infettive, ecc.). Sono i più numerosi, rappresentano l'86,7% dell'intera casistica. Complessivamente, la degenza media è stata 11,9 giorni nel 2020 (deviazione standard 10,4 giorni) e 11 giorni nel 2021 (deviazione standard 8,2). L'età media dei pazienti è stata 70,5 anni nel 2020 e 68,4 nel 2021. La distribuzione delle durate di degenza dei pazienti che seguono la traiettoria A mostra un elevato numero di pazienti con degenze piuttosto brevi, tra 1 e 9 giorni, con un andamento progressivamente decrescente verso i ricoveri lunghi, fino a un numero ridotto di ricoveri di oltre 100 giorni di durata (figura 2.5). La mortalità intraospedaliera è stata del 15,7% nel 2020 e 12% nel 2021.

Figura 2.4. Tipologia di traiettoria dei ricoveri per Covid-19

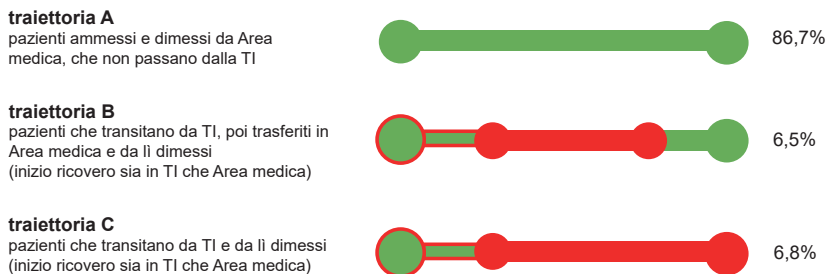
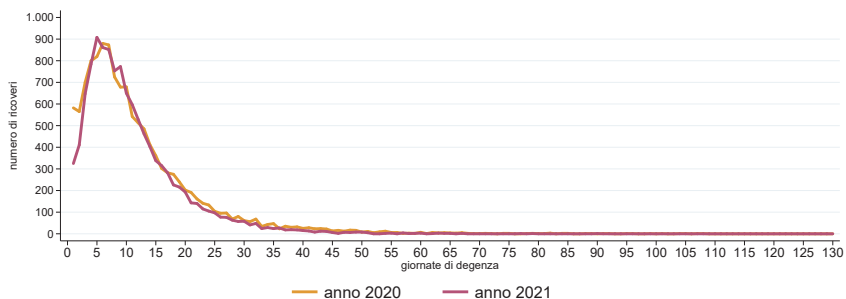
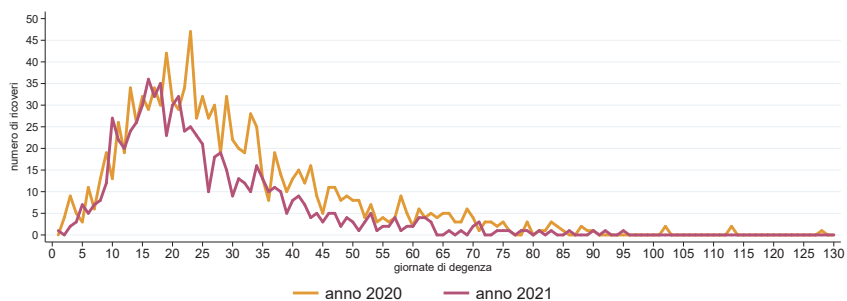


Figura 2.5. Ricoveri per Covid-19 per giorni di degenza, traiettoria A - Numero di ricoveri per ogni durata di ricovero in giorni - Toscana, periodo febbraio 2020 - maggio 2021 - Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso amministrativo SDO



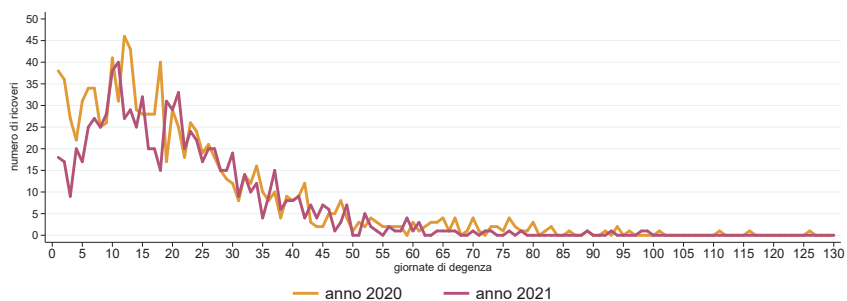
Traiettoria B: pazienti transitati dalla terapia intensiva (sia ammessi direttamente sia trasferiti da area medica), per essere poi trasferiti in area medica e da lì dimessi. Questi pazienti rappresentano il 6,5% della casistica. La degenza media è stata 14,1 giorni nel 2020 (deviazione standard 13,9 giorni) e 12,1 giorni nel 2021 (deviazione standard 10,5). La distribuzione delle durate di degenza dei pazienti che seguono la traiettoria B mostra che la maggior parte dei pazienti ha degenza complessiva molto lunga, tra 10 e 33 giorni, con una lunga coda fino a 89 giorni di durata (figura 2.6). L'età media è di 63,8 anni nel 2020 e 61,5 anni nel 2021. La mortalità di questi pazienti è stata 6,2% nel 2020 e 5,6% nel 2021.

Figura 2.6. Ricoveri per Covid-19 per giorni di degenza, traiettoria B - Numero di ricoveri per ogni durata di ricovero in giorni - Toscana, periodo febbraio 2020 - maggio 2021 - Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso amministrativo SDO



Traiettoria C: pazienti dimessi da reparto di terapia intensiva, provenienti da area medica o ammessi direttamente in terapia intensiva. Questi pazienti rappresentano il 6,8% della casistica. La degenza media è 19,4 giorni (18,6 giorni) nel 2020 e 17,3 giorni (13,8) nel 2021. La dispersione della durata della degenza è anche in questo caso molto ampia, con la maggior parte dei pazienti con ricovero compreso tra 1 e 21 giorni (figura 2.7). L'età media dei pazienti è stata 70 anni nel 2020 e 68,9 nel 2021. La mortalità intraospedaliera è la più elevata tra le tre traiettorie: del 69% nel 2020 e 75,6% nel 2021. Questo dato non deve sorprendere perché in effetti il motivo della dimissione diretta dalla TI è, nella maggior parte dei casi, il decesso del paziente.

Figura 2.7. Ricoveri per Covid-19 per giorni di degenza, traiettoria C - Numero di ricoveri per ogni durata di ricovero in giorni - Toscana, periodo febbraio 2020 - maggio 2021 - Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso amministrativo SDO



In conclusione, il network ospedaliero è riuscito ad adattarsi rapidamente alle necessità di assistenza richieste dalla pandemia, fin dalla prima ondata, quando è stata messa in atto una riorganizzazione complessiva e profonda della rete dei presidi; questa modificazione, necessaria per far fronte a un pericolo di dimensioni ignote e inimmaginabili, ha garantito una risposta idonea nell'immediato, mentre a partire dall'estate 2020 l'organizzazione è stata rivista su base

aziendale, per la necessità di riprendere le attività ospedaliere routinarie, anche in presenza di numeri maggiori di persone contagiate e di ricoverati, nella seconda e terza ondata.

I ricoveri per Covid-19 in Toscana nel 2020 sono stati 14.882 e 13.459 nei mesi da gennaio a maggio 2021. Le tre tipologie di ricovero individuate, denominate “traiettorie” perché si riferiscono a percorsi dei ricoverati tra i livelli di cura ordinati cronologicamente, differiscono molto per frequenza, caratteristiche dei pazienti, durata della degenza e mortalità intraospedaliera, pur con ampia variabilità di questi parametri. La mortalità intraospedaliera è molto più alta nella traiettoria A che nella traiettoria B, anche se i primi rimangono in area medica per tutto il ricovero. Questo è dovuto al fatto che la casistica è molto ampia, abbiamo visto che raccoglie l’86,7% del totale, e fortemente disomogenea: vi si trovano infatti pazienti delle fasce d’età più giovani, che non richiedono cure intensive, e pazienti molto anziani e fragili, per i quali molto difficilmente viene posta l’indicazione al trasferimento in terapia intensiva. La mortalità tra i pazienti anziani è più alta anche per quelli che accedono alla terapia intensiva, come dimostrato dall’età media rilevata nella traiettoria C.

Il primo anno della pandemia (2020) si caratterizza in Toscana per la presenza di due ondate epidemiche, alle quali hanno fatto riscontro due periodi di grande innalzamento del numero dei ricoveri e dei tassi di pazienti critici, intervallati da un periodo piuttosto lungo (147 giorni, da maggio a settembre) di una fase intermedia, caratterizzata da un basso livello epidemico e bassa attività di ricoveri ospedalieri. Il periodo analizzato del 2021 (da gennaio a maggio, compresi) corrisponde in pratica alla terza ondata. In questo periodo, caratterizzato da un alto numero di ricoveri, le percentuali di quelli che hanno avuto necessità di Terapia intensiva e dei decessi in ospedale sono state inferiori rispetto al 2020, plausibilmente grazie ad una maggiore tempestività ed efficacia della presa in carico del paziente, rispetto alle fasi iniziali della pandemia.

Gli effetti sulle RSA

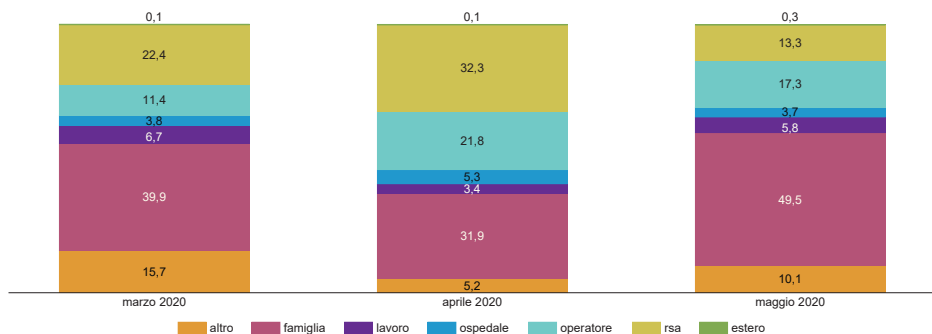
Per analizzare la diffusione dell’epidemia nelle RSA sono stati analizzati dati da varie fonti informative: la banca dati ISS della sorveglianza integrata casi di Coronavirus Covid-19 in Italia (attingendo ad alcune informazioni disponibili fino all’estate 2020) e la Survey nazionale dell’ISS sul contagio Covid-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie (disponibile da ottobre 2020 a luglio 2021). Non è disponibile quindi una fonte in grado di coprire l’intero periodo pandemico da marzo 2020 a oggi.

Le RSA presenti in Toscana sono 322 e al 31 dicembre 2019 accoglievano circa 14mila anziani, secondo i dati forniti dal Settore Politiche per l’integrazione socio-sanitaria di Regione Toscana. Ospiti e operatori delle strutture sono stati il target di campagne di screening, tra febbraio e agosto 2020 sono stati effettuati circa 17mila tamponi agli ospiti e 14mila agli operatori (fonte: Direzione dei Servizi sociali delle 3 AUSL toscane). Le strutture che hanno avuto almeno un contagiato, ospite o operatore, sono state complessivamente 65, il 20% del totale.

La Survey sul contagio Covid-19 specifica sulle RSA condotta da ISS (Lombardo F et al. *The Italiana national survey on Coronavirus disease 2019 epidemic spread in nursgin homes*, Int J Geriatr Psychiatry. 2021;36:873–882) in collaborazione con il Garante nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale, ha rilevato nei mesi di febbraio-aprile 2020 un tasso di mortalità per tutte le cause pari al 6,7% tra gli anziani presenti nelle RSA toscane (Italia: 9,1%) e pari al 2% per sintomi influenzali e/o SARS-CoV2 confermato (Italia: 3,8%). Nello stesso periodo è stato ricoverato in ospedale il 3,7% degli ospiti (Italia: 3,9%). Nelle RSA i contagi si sono diffusi largamente tra fine marzo e aprile 2020, alcune settimane dopo, quindi, la scoperta dei primi casi in Italia. È proprio dal 31 marzo che tramite l’ordinanza regionale n.21 sono stati introdotti esami di screening per tutti i residenti e gli operatori. Nelle settimane successive si sono susseguite poi nuove ordinanze (n.12 del 15 marzo 2020, n.18 del 25 marzo 2020, n.23 del 3 aprile 2020, n.28 del 17 aprile 2020, n.34 del 14 aprile 2020), con le quali è stata disciplinata la chiusura di tutte le strutture socio-sanitarie residenziali e semiresidenziali ai visitatori esterni, come i familiari e i fornitori, sono state date indicazioni precise riguardo all’accesso dei medici di medicina generale, alla gestione del residente e dell’operatore positivo, anche in collaborazione con l’AUSL, alla gestione dei test sierologici e dei tamponi, alla gestione dei rifiuti, e alla creazione di RSA dedicate ai positivi al SARS-CoV-2. Anche l’Istituto superiore di sanità in quei mesi ha fornito indicazioni ad interim specifiche su strategie di prevenzione e controllo dell’epidemia di Covid-19 in RSA e su come utilizzare correttamente i dispositivi di protezione individuale (DPI).

L’analisi dei casi positivi al SARS-CoV-2 per luogo di contagio, informazione disponibile e affidabile nella banca dati ISS solamente per la prima ondata, mostra come nel mese di aprile 2020 vi sia stato effettivamente un forte aumento di casi provenienti dalle RSA, che hanno raggiunto la quota del 30% circa dei casi positivi individuati in Toscana (figura 2.8).

Figura 2.8. Casi positivi al SARS-CoV-2 per luogo di contagio, per mese - Valori ogni 100 contagiati - Toscana, periodo marzo - maggio 2020 - Fonte elaborazioni ARS su dati banca dati Covid-19 ISS

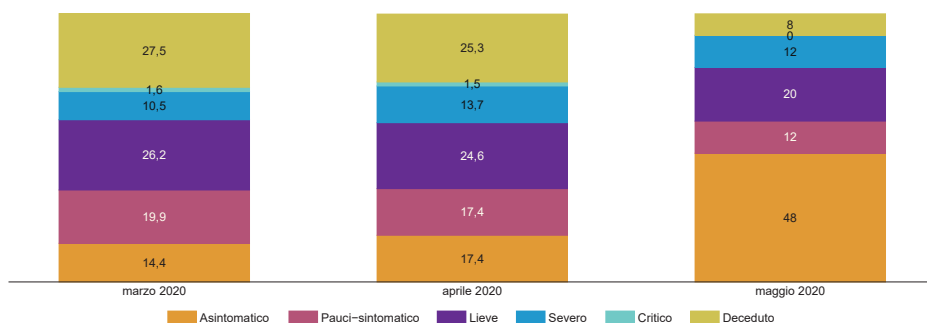


L’indicatore può essere in parte distorto dalla scarsa disponibilità di tamponi per la popolazione generale nelle prime settimane, ampiamente discusso nel primo capitolo del volume, mentre

nelle RSA si conducevano campagne di screening sistematiche. In sintesi, a parità di contagio, un ospite di RSA potrebbe aver avuto maggiori probabilità di essere intercettato perché più facilmente sottoposto a tampone diagnostico.

La positività al virus ha inciso ovviamente sullo stato di salute della popolazione in RSA (molto anziana, in gran parte non autosufficiente e con gravi compromissioni cognitivo-comportamentali). La proporzione di casi gravi è stata molto più elevata rispetto alle altre fasce di popolazione. Il 37% dei casi positivi emersi in RSA nella primavera del 2020 è risultato asintomatico/pauci-sintomatico, il 24% presentava condizioni cliniche lievi, il 13% severo/critiche. Un positivo su quattro è deceduto (figura 2.9). L'alta percentuale di casi provenienti dalle RSA, rispetto al totale dei casi emersi in quel periodo, ha condizionato anche la distribuzione dei positivi per stato clinico, mediamente più grave rispetto a quella osservata nel resto dell'epidemia, una volta che il servizio sanitario ha aumentato e stabilizzato la propria capacità di tracciamento e testing. Già dal 4 maggio 2020 il peso relativo delle RSA tende a diminuire tra i luoghi di esposizione del contagio in Toscana.

Figura 2.9. Stato clinico durante il decorso di malattia degli anziani residenti nelle RSA toscane - Valori ogni 100 positivi in RSA - Toscana, periodo marzo-maggio 2020 - Fonte elaborazioni ARS su dati banca dati Covid-19 ISS



Il bilancio dei primi mesi della pandemia, in tutta Italia così come in Toscana, ha identificato tra le principali difficoltà riscontrate: mancanza di DPI (77,2%), assenza di personale sanitario (33,8%), difficoltà nell'isolamento dei residenti affetti da Covid-19 (26,2%), impossibilità nel far eseguire i tamponi (22%), scarsità di informazioni ricevute circa le procedure da svolgere per contenere l'infezione (21%), difficoltà nel trasferire i residenti affetti da Covid-19 in strutture ospedaliere (12,5%) e mancanza di farmaci (9,8%) (fonte: Survey nazionale sul contagio Covid-19 nelle strutture residenziali e socio-sanitarie. Report finale del 5 maggio 2020).

Ad agosto 2020 la Toscana ha emanato una delibera con la quale ha definito le linee di indirizzo regionale per la gestione delle strutture residenziali socio-sanitarie nel graduale superamento dell'emergenza Covid-19, tra cui la riapertura alle visite in presenza dei familiari (DGR n.1130 del 3 agosto 2020).

A partire da ottobre 2020 il numero di nuovi casi positivi settimanali nelle RSA è iniziato però a salire di nuovo, in linea con l'andamento generale dell'epidemia, raggiungendo il picco massimo di 3,3 contagiati ogni 100 anziani residenti nella prima settimana di novembre. Il tasso di ospedalizzazione settimanale ha raggiunto lo 0,6% la settimana successiva (9-15 novembre 2020) (figura 2.10). Il tasso di isolamento sia dei casi positivi (range 0,7%-9,6%) che per motivi di quarantena (range 1,8%-9,3%) invece è rimasto molto elevato fino alla fine gennaio 2021 (figura 2.11).

Tra ottobre e dicembre 2020, la mortalità settimanale è variata tra lo 0,1 e lo 0,6 ogni 100 residenti in RSA, raggiungendo il picco massimo sempre nella seconda settimana di novembre.

Figura 2.10. Casi positivi al SARS-CoV-2, ricoveri e deceduti per Covid-19 tra gli ospiti di RSA, per settimana - Valori settimanali ogni 100 ospiti in RSA - Fonte: Istituto superiore di sanità in collaborazione con il Garante nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale sul contagio Covid-19 - Survey RSA

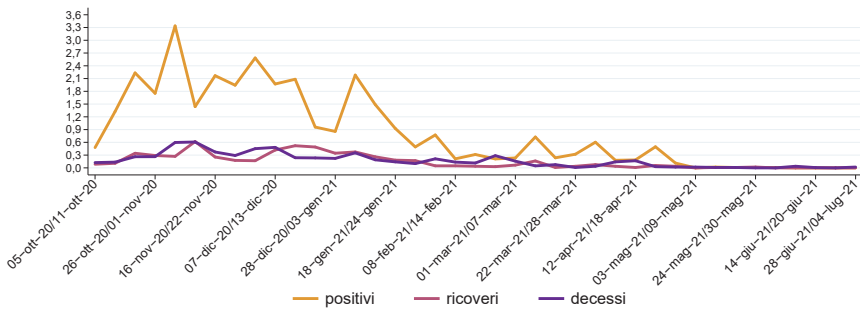
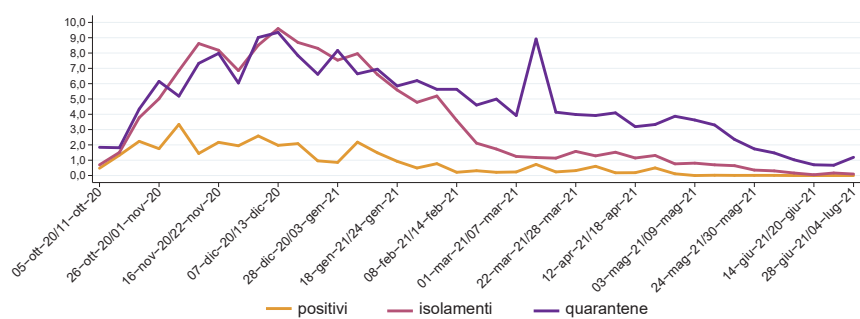


Figure 2.11. Casi positivi al SARS-CoV-2, isolamenti e quarantene per Covid-19 tra gli ospiti di RSA, per settimana - Valori settimanali ogni 100 ospiti in RSA - Fonte: Istituto superiore di sanità in collaborazione con il Garante nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale sul contagio Covid-19 - Survey RSA



Gli anziani in RSA in Toscana sono circa l'1,5% del totale degli anziani toscani residenti d'età 65+, ma i deceduti in RSA rappresentano circa il 7% dei positivi totali e il 13% dei deceduti

totali 65+ nel periodo considerato (ottobre 2020-luglio 2021). L'incidenza cumulativa di positivi nelle RSA è stata pari al 32,5%, i decessi al 6,2%. Nello stesso periodo, l'incidenza dei positivi nella popolazione anziana (65+) residente in Toscana è stata pari al 4,9%, mentre i decessi sono stati lo 0,6%. Questo confronto è utile a contestualizzare il rischio degli anziani ospiti di RSA. I risultati sono in linea con quanto emerso dalle analisi sul rischio di contagio o decesso associato all'essere ospite in RSA che è stato discusso nel paragrafo del primo capitolo dedicato allo studio dell'associazione tra le condizioni di salute pregresse e il Covid-19. Le cause sono da ricondurre alla convivenza forzata di anziani e operatori nelle RSA, le difficoltà di isolamento totale, oltre che, ovviamente, alle condizioni di salute più compromesse degli ospiti, rispetto ad un coetaneo che ancora è in grado di vivere autonomamente nella propria abitazione. Va inoltre ricordato il già citato "effetto screening", all'interno delle RSA, per le campagne ripetute ogni 15 giorni per tutti i residenti (test sierologico) e per tutti gli operatori (test rapido), che hanno sicuramente contribuito ad una maggiore emersione dei contagi rispetto alla popolazione generale.

La campagna di screening rappresenta uno dei due i punti di forza del sistema regionale che hanno portato a contenere i dati di ospedalizzazione e mortalità tra i residenti in RSA a partire dalla seconda ondata. Grazie ai test periodici (ordinanza del presidente della Giunta regionale n.93 del 15 ottobre 2020) sono stati identificati e isolati precocemente i nuovi casi positivi. Il secondo punto di forza riguarda un'organizzazione territoriale più strutturata e stabile rispetto alla precedente ondata pandemica che ha visto coinvolte RSA - AUSL - Cure intermedie - RSA "total Covid" (ordinanze del presidente della Giunta regionale: n.93 del 15 ottobre 2020, n.98 del 28 ottobre 2020, n.112 del 18 novembre 2020). Il buon funzionamento dell'organizzazione territoriale è stato garantito anche attraverso l'individuazione di USCA dedicate ai pazienti Covid in RSA. Gli specialisti dei gruppi territoriali e le USCA, insieme ai MMG e ai referenti delle Unità di crisi aziendali per le RSA, hanno gestito l'assistenza e gli spostamenti degli ospiti (positivi e negativi).

Da gennaio 2021 è evidente il progressivo calo dei casi e di conseguenza anche dei ricoveri e dei decessi per Covid-19 fino quasi all'azzeramento, risultato della campagna vaccinale partita il 27 dicembre 2020 nelle strutture residenziali sociosanitarie per i residenti e gli operatori, con precedenza rispetto alla popolazione generale. Se nella popolazione generale la terza ondata si è susseguita alla seconda senza intermezzi, negli anziani residenti in RSA la terza ondata non è di fatto mai avvenuta, grazie alla buona copertura vaccinale raggiunta in tempi molti brevi (al 28 aprile 2021 il 76% dei residenti in RSA aveva ricevuto il ciclo completo), che ha messo al riparo dalla Covid-19 questo target di popolazione fragile. Da maggio 2021 in poi, l'estensione della vaccinazione anche alla popolazione generale, ha permesso di arrivare ai mesi estivi riprendendo di nuovo alle visite in presenza da parte dei familiari.

Gli effetti indiretti della pandemia sulle cure ospedaliere e territoriali

S. D'Arienzo, S. Forni, F. Gemmi, B. Bellini, P. Francesconi, F. Profili (ARS Toscana)

In questo capitolo saranno approfonditi gli effetti indiretti della pandemia sul servizio sanitario regionale: le ricadute che la pandemia ha avuto sul resto dei servizi e delle cure, rivolti a persone e malati di altre patologie. Prenderemo in esame le cure ospedaliere, monitorando alcune patologie traccianti, e quelle territoriali, in particolare l'assistenza rivolta ai malati cronici presenti in Toscana, i maggiori fruitori dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali.

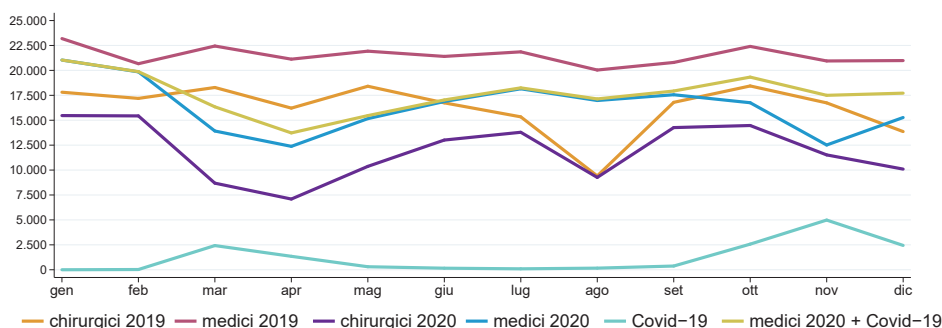
Gli effetti sulle cure ospedaliere

La rete ospedaliera si è dovuta rapidamente adattare alla situazione emergente descritta nei precedenti capitoli, in seguito all'ordinanza del presidente della Giunta regionale n. 8, emanata il 6 marzo 2020, con cinque giorni di anticipo rispetto alla dichiarazione di stato pandemico dell'Organizzazione mondiale della sanità (11 marzo 2020).

Scopo dichiarato dell'ordinanza era quello di limitare l'afflusso delle persone in ospedale per le patologie la cui cura poteva essere, per il momento, rinviata, riservando risorse (reparti ospedalieri, strutture di area critica, personale, farmaci, gas medicali, dispositivi medici e DPI) per gestire la marea montante della nuova malattia, della quale nessuno, in quel momento, poteva prevedere l'entità. Gli ospedali avrebbero dovuto continuare a garantire le emergenze sia mediche sia chirurgiche e la cura dei casi non rinviabili, come le patologie evolutive (tumori, patologie mediche e chirurgiche minacciose) e i parti.

Già dalle prime osservazioni risultavano evidenti effetti ulteriori, rispetto a quelli attesi, sul comportamento delle persone: l'imperativo "restate a casa" aveva raggiunto tutta la popolazione, con conseguenze di grande portata sul ricorso alle cure ospedaliere. Complessivamente, si è osservata una riduzione dei ricoveri per acuti del 17,5% nel 2020 (contando anche i ricoveri per Covid-19) rispetto al 2019. Il grafico in figura 3.1 mostra l'andamento mensile del numero dei ricoveri per Covid-19, paragonandoli a quelli medici e chirurgici del 2020 e 2019. Si osserva che i ricoveri di tipo medico restano per tutto l'anno inferiori a quelli effettuati nel 2019, anche sommando i ricoveri per Covid-19 (-18%); analogamente, anche i ricoveri chirurgici si riducono (-26,5%), tranne nel mese di agosto, durante il quale i valori dei due anni si sovrappongono.

Figura 3.1. Ricoveri per Covid-19, medici e chirurgici, per mese – Toscana, anni 2019 e 2020
– Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso amministrativo SDO



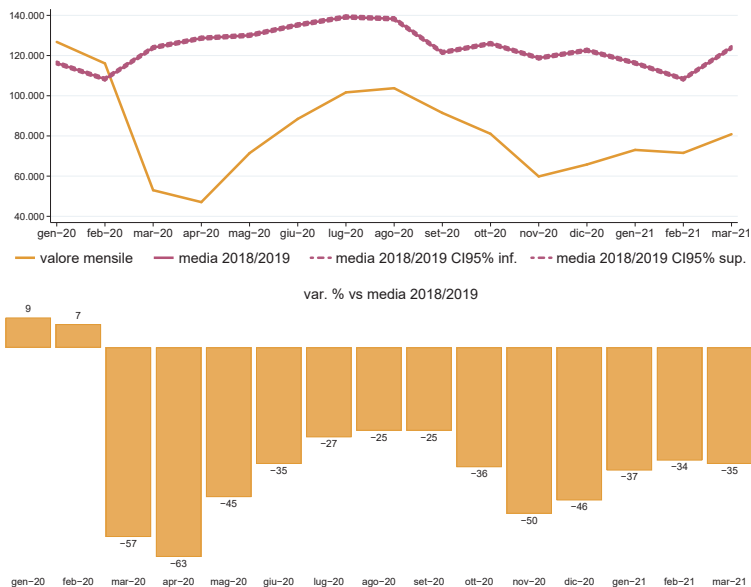
Nel proseguimento dell'analisi utilizzeremo alcuni indicatori traccianti dell'attività ospedaliera e di emergenza-urgenza, dall'uso consolidato nei monitoraggi periodici e solidi dal punto di vista dell'algoritmo di calcolo:

- accessi ai Pronto soccorso (generali, per triage rosso, per IMA, per ictus);
- ricoveri ospedalieri per IMA STEMI e nSTEMI, insufficienza cardiaca;
- mortalità intraospedaliera per IMA STEMI;
- ricoveri per frattura di femore con intervento entro i primi 2 giorni;
- interventi per protesi di ginocchio;
- interventi di colecistectomia laparoscopica;
- interventi di prostatectomia;
- interventi per tumore maligno della mammella;
- interventi per tumore maligno del colon.

L'osservazione dell'andamento di questi indicatori ci consentirà di valutare ciò che è cambiato nei volumi di accesso, nell'assistenza delle reti tempo-dipendenti (infarto e ictus), nell'attività chirurgica e chirurgica-oncologica. Quando scriviamo questo documento la disponibilità dei dati ci consente di estendere l'analisi fino a marzo 2021.

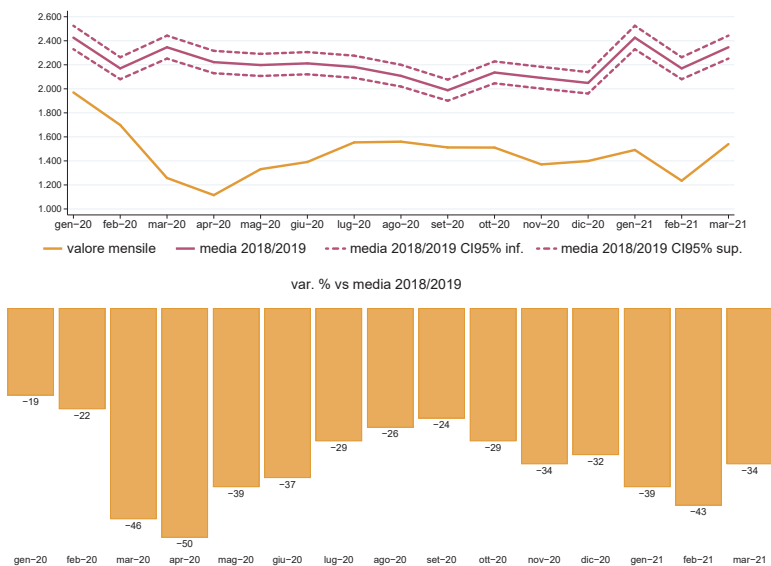
Una riduzione degli accessi al PS era prevedibile, perché gli effetti del lockdown sull'attività lavorativa, i viaggi, le pratiche sportive, inevitabilmente avrebbero determinato una diminuzione dei traumi, oltre a una generale riduzione della tendenza a recarsi in ospedale per patologie minori. Infatti, nel 2020 si è riscontrata una riduzione del 33% degli accessi rispetto alla media dei due anni precedenti presi a riferimento (-502.485 presentazioni). Le percentuali maggiori di riduzione si sono rilevate nei primi mesi dall'inizio del lockdown (-57% in marzo, -63% in aprile e -45% in maggio 2020) e nella seconda ondata pandemica (-35% in ottobre, -49% in novembre e -46% in dicembre 2020), ma le persone si sono recate meno ai PS in tutti i mesi del 2020 e nei primi mesi del 2021 (figura 3.2).

Figura 3.2. Accessi ai PS, per mese – Valori assoluti e variazione percentuale vs media 2018/2019 (intervallo di confidenza al 95%) - Toscana, periodo 2020 – marzo 2021 – Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso amministrativo PS



La riduzione è presente per i casi di minore gravità (codici triage bianco e celeste), in misura del 9% per l'anno 2020, ma raggiunge il 33% nei casi critici (codice triage rosso) (figura 3.3).

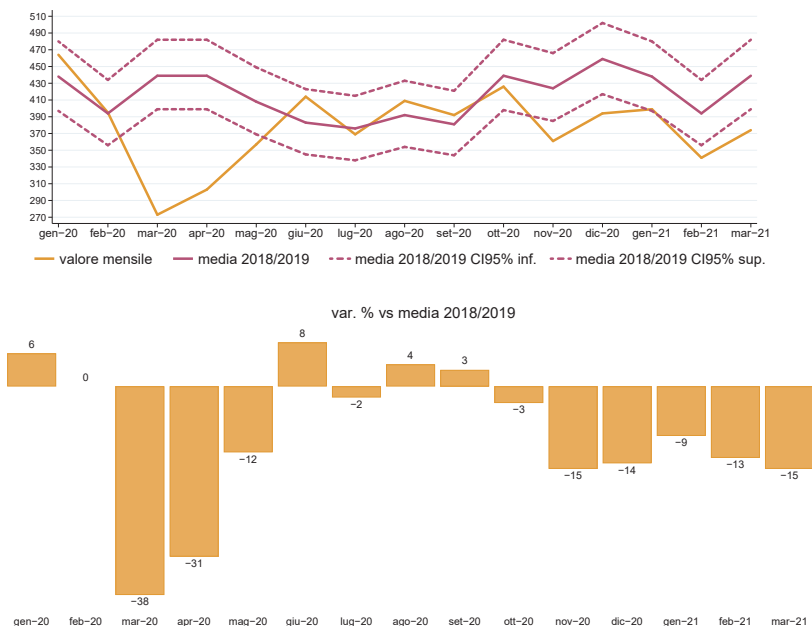
Figura 3.3. Accessi ai PS per codice triage rosso-1, per mese – Valori assoluti e variazione percentuale vs media 2018/2019 (intervallo di confidenza al 95%) - Toscana, periodo 2020 – marzo 2021 – Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso amministrativo PS



La riduzione dei casi gravi è solo in parte spiegata dalla minore mobilità imposta dal lockdown e la conseguente diminuzione della patologia traumatologica. Si sono infatti riscontrati fenomeni inattesi, come la riduzione degli accessi con diagnosi di infarto del miocardio, (IMA) sindromi coronariche acute e ictus.

Per l'IMA si è avuta una riduzione delle diagnosi in PS del 38% in marzo, del 31% in aprile e del 12% in maggio 2020, rispetto alla media del 2018-2019. Riduzioni di minore entità, ma statisticamente significative, si sono riscontrate nella seconda ondata (-15% e -14% in novembre e dicembre 2021) e della terza ondata (-13% in febbraio e -15% in marzo 2021, rispetto alla media del biennio 2018/2019) (figura 3.4).

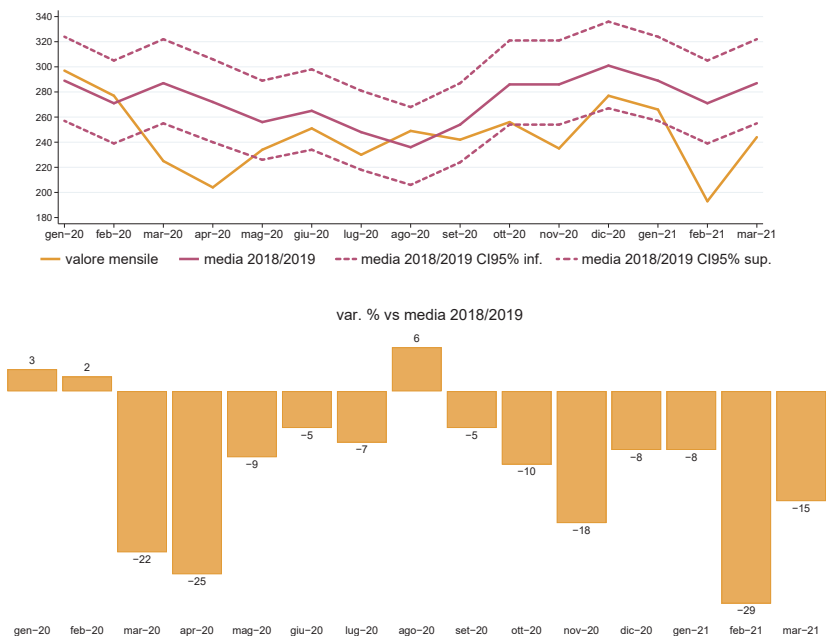
Figura 3.4. Accessi ai PS per IMA, per mese - Valori assoluti e variazione percentuale vs media 2018/2019 (intervallo di confidenza al 95%) - Toscana, periodo 2020 - marzo 2021 - Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso amministrativo PS



L'IMA è una delle patologie il cui esito dipende dalla tempestività degli interventi sanitari effettuati (patologie tempo-dipendenti): in questo caso, quando la diagnosi è formulata nel corso dell'intervento del mezzo di soccorso, i pazienti non transitano dai PS, ma sono riferiti direttamente alle sale di emodinamica annesse alle cardiologie. Questo avviene in misura maggiore per la classe degli IMA diagnosticati per un caratteristico aspetto del tratto ST dell'elettrocardiogramma (STEMI - ST Elevation Myocardial Infarction). Anche i ricoveri per STEMI (quindi comprendendo sia i casi portati direttamente in emodinamica, che quelli diagnosticati in PS) hanno mostrato una riduzione rispetto agli anni 2018 e 2019, con particolare diminuzione in marzo (-22%), aprile (-25%) e maggio 2020 (-9%), e

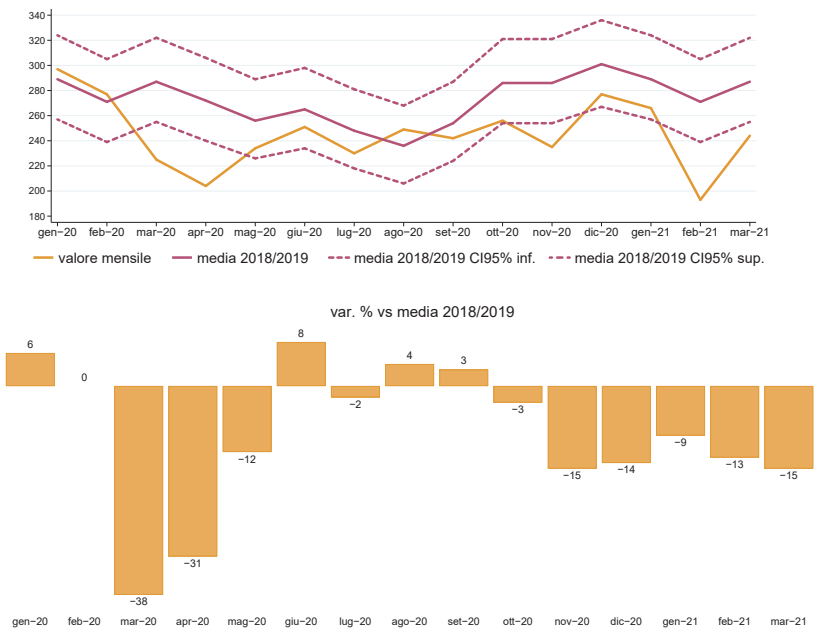
successivamente in ottobre (-10%), novembre (-18%) e dicembre 2020 (-8%), come anche in gennaio (-8%), febbraio (-29%) e marzo 2021 (-15%) (figura 3.5).

Figura 3.5. Ricoveri per IMA-STEMI, per mese - Valori assoluti e variazione percentuale vs media 2018/2019 (intervallo di confidenza al 95%) - Toscana, periodo 2020 - marzo 2021 - Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso amministrativo SDO



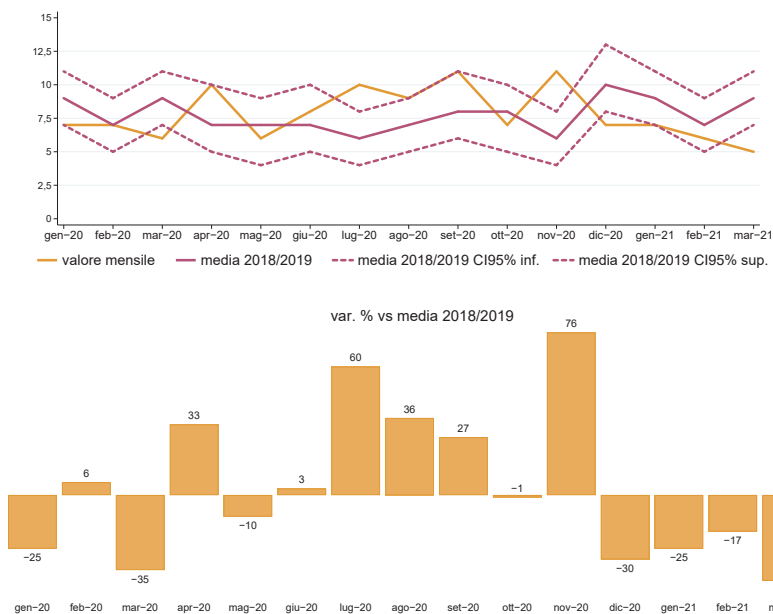
Riduzioni addirittura maggiori si rilevano nei ricoveri per la tipologia di IMA che non presenta l'alterazione elettrocardiografica citata (NSTEMI - Non ST Elevation Myocardial Infarction) con riduzioni che raggiungono il 51% in marzo e il 33% in novembre 2020, il 34% in gennaio e il 38% in marzo 2021 (figura 3.6).

Figura 3.6. Ricoveri per IMA-NSTEMI, per mese – Valori assoluti e variazione percentuale vs media 2018/2019 (intervallo di confidenza al 95%) - Toscana, periodo 2020 – marzo 2021 – Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso amministrativo SDO



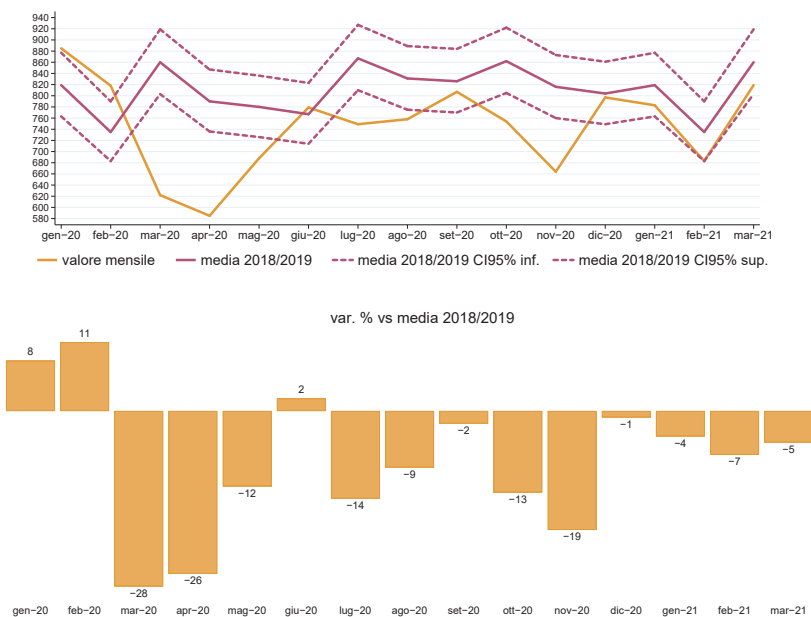
La spiegazione di questo fenomeno non è ancora del tutto chiarita, ma è diffusa l'idea che il timore delle persone di doversi recare in ospedale abbia indotto talvolta a trascurare i sintomi, che non sempre sono chiari e possono assumere carattere transitorio, specialmente per l'NSTEMI. Quando i pazienti sono giunti in ospedale e la diagnosi di IMA è stata formulata, l'accesso ai posti letto di area critica (UTIC) e la tempestività del trattamento con angioplastica, sono avvenuti con caratteristiche qualitative paragonabili agli anni di riferimento; lo stesso si può rilevare per la mortalità intraospedaliera (figura 3.7), dove le maggiori oscillazioni mensili sono dovute esclusivamente all'esiguità della casistica.

Figura 3.7. Mortalità intraospedaliera per IMA-STEMI, per mese - Deceduti ogni 100 ricoverati e variazione percentuale vs media 2018/2019 (intervallo di confidenza al 95%) - Toscana, periodo 2020 - marzo 2021 - Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso amministrativo SDO



Analogo è il comportamento rilevato per un'altra delle grandi patologie tempo-dipendenti (per le quali il fattore tempestività di intervento è determinante), cioè l'ictus. Anche per questa patologia le diagnosi in PS si sono ridotte marcatamente nelle ondate pandemiche, soprattutto nel 2020: -28% nel mese di marzo, -26% in aprile e -12% in maggio 2020, variazioni minori nel corso dell'anno fino a novembre (-19%) e un'altra fase con flessioni di minore entità nei primi mesi del 2021 (figura 3.8). Anche in questo caso le cause non sono al momento completamente chiarite, ma si è portati a pensare che i pazienti abbiano sottovalutato i sintomi neurologici meno eclatanti. L'andamento dei ricoveri presenta caratteristiche simili alle presentazioni in PS.

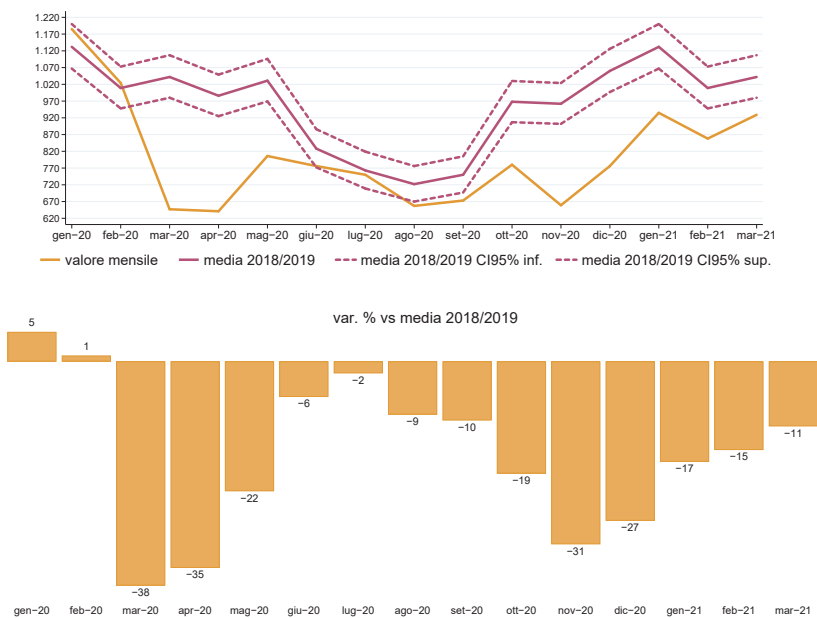
Figura 3.8. Accessi ai PS con diagnosi di ictus, per mese - Valori assoluti e variazione percentuale vs media 2018/2019 (intervallo di confidenza al 95%) - Toscana, periodo 2020 - marzo 2021 - Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso amministrativo PS



La mortalità intraospedaliera per ictus nel complesso non mostra una differenza apprezzabile rispetto al passato (dati non mostrati).

Tra le tante altre patologie di tipo medico, prendiamo ad esempio l'insufficienza cardiaca, che è solitamente tra quelle più frequenti come causa di ricovero negli ospedali. Anche per questa patologia si osserva una riduzione dei ricoveri durante tutte le ondate pandemiche: -38% in marzo, -35% in aprile, -22% in maggio, e poi -19% in ottobre, -31% in novembre, -27% in dicembre 2020 (figura 3.9). In questo caso potrebbe avere inciso la tendenza a mantenere al domicilio i pazienti cronici, senza ricorrere al ricovero nei casi in cui in passato invece si sarebbe fatto ricorso all'ospedale per una gestione migliore del paziente.

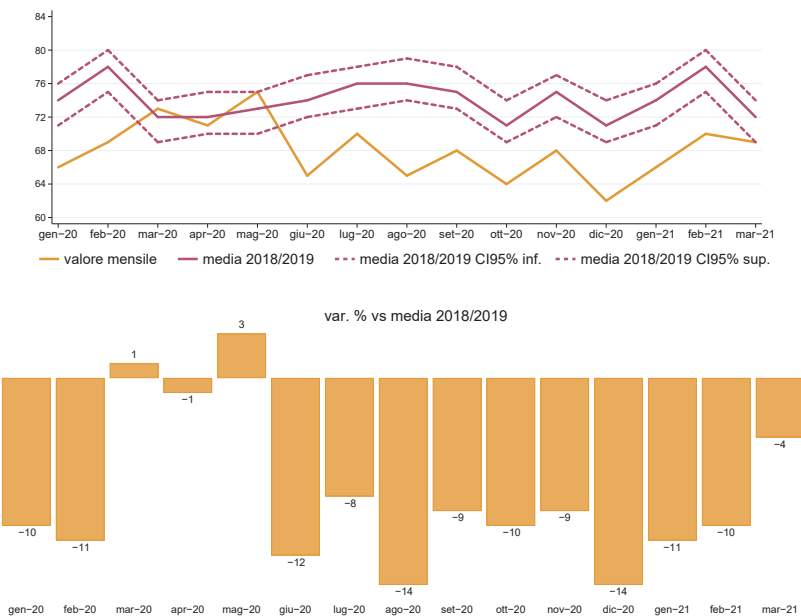
Figura 3.9. Ricoveri per insufficienza cardiaca, per mese - Valori assoluti e variazione percentuale vs media 2018/2019 (intervallo di confidenza al 95%) - Toscana, periodo 2020 - marzo 2021 - Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso amministrativo SDO



Come detto in apertura del paragrafo, gli interventi chirurgici hanno mostrato una riduzione del 26,5% nel 2020, rispetto alla media dei due anni precedenti. Questo valore complessivo è il risultato di diverse componenti: blocco della programmazione per le patologie con intervento rinviabile, riduzione delle presentazioni al PS, riduzione delle visite specialistiche (che sono di frequente la modalità con cui si attiva un percorso chirurgico), slittamento di due mesi degli screening oncologici.

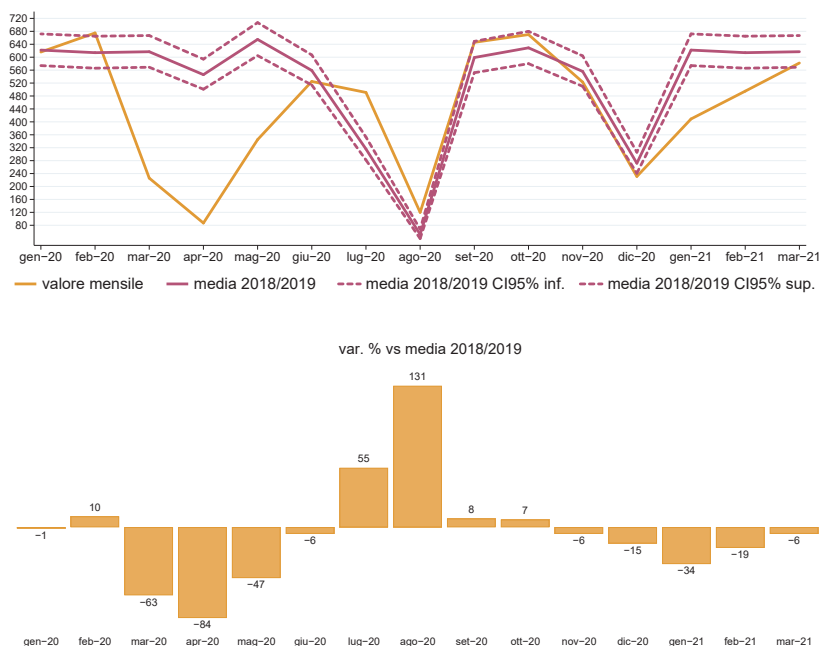
La già menzionata riduzione degli eventi traumatici trova un riscontro poco marcato nella riduzione dei ricoveri per frattura del femore dell'anziano (-266 casi nel 2020 rispetto alla media 2018-19, corrispondenti al -3,8%), probabilmente perché questa patologia si verifica frequentemente come incidente domestico e le persone sono state costrette a trascorrere più tempo in casa rispetto agli anni scorsi. Si osserva una diffusa riduzione degli interventi eseguiti entro due giorni dalla frattura del collo del femore, in questo caso la percentuale regionale è scesa dal 75,8% del 2019 al 70,4% del 2020, con una riduzione che inizia nei mesi successivi alla prima ondata (-12% a giugno 2020) e si mantiene per tutto il periodo successivo (figura 3.10).

Figura 3.10. Ricoveri per frattura del femore con interventi entro i primi 2 giorni, per mese - Operati entro 2 giorni ogni 100 ricoverati per frattura di femore e variazione percentuale vs media 2018/2019 (intervallo di confidenza al 95%) - Toscana, periodo 2020 - marzo 2021
 - Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso amministrativo SDO



Sempre rimanendo in ambito ortopedico, del tutto attesa era la marcata riduzione di interventi di ortopedia protesica nella prima ondata. Gli interventi di protesi d'anca si sono ridotti con percentuali tra 33 e il 55% tra marzo e aprile 2020 e hanno mostrato un parziale recupero in luglio (+25%) e agosto 2020 (+21%) (dati non mostrati). Comportamento simile per le protesi di ginocchio, con variazioni ancora più marcate rispetto a quanto descritto per l'anca (figura 3.11).

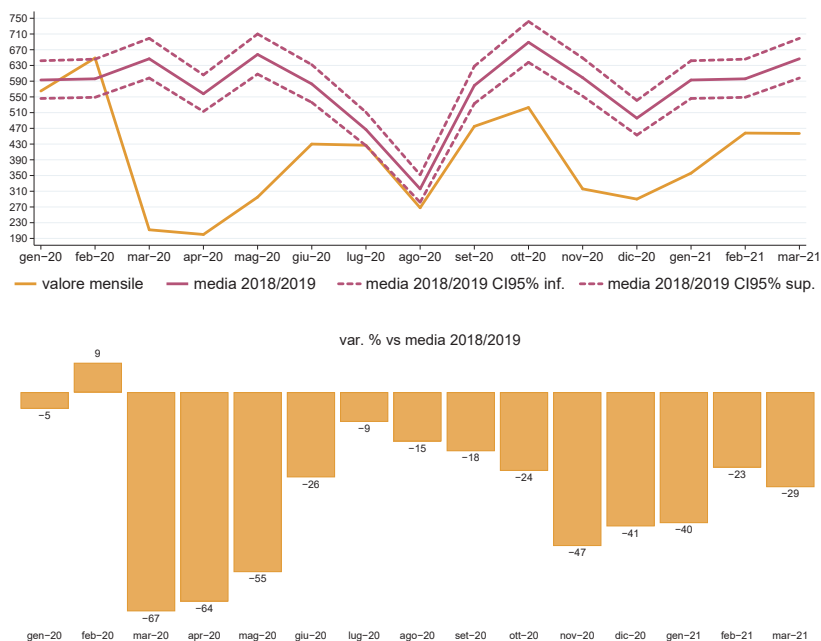
Figura 3.11. Interventi per protesi di ginocchio, per mese - Valori assoluti e variazione percentuale vs media 2018/2019 (intervallo di confidenza al 95%) - Toscana, periodo 2020 - marzo 2021 - Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso amministrativo SDO



Analogo andamento hanno avuto gli interventi elettivi come, a titolo di esempio, la colecistectomia laparoscopica e la prostatectomia (che prendiamo come percorsi traccianti dell'assistenza chirurgica, avendo a disposizione indicatori di monitoraggio consolidati).

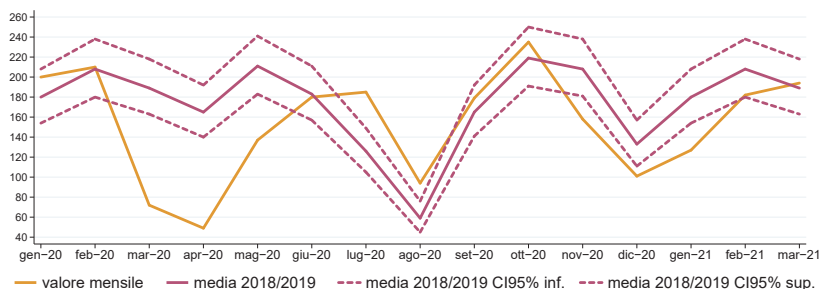
La colecistectomia laparoscopica sconta una riduzione complessiva di 2.128 interventi nel 2020 (-31,4%), percentuale che viene confermata nei primi tre mesi del 2021 (-30,7%). Come mostrato in figura 3.12, nemmeno questi interventi, che non richiedono lunghi tempi di sala e utilizzano ricoveri di breve durata, recuperano rapidamente la programmazione persa, perché il percorso chirurgico in elezione è complesso e la macchina ospedaliera ha la sua latenza di funzionamento. Inoltre, molti pazienti con sintomi lievi o con indicazione chirurgica posta in base a un'indagine strumentale possono rinviare sia la consultazione del chirurgo, sia l'esecuzione della stessa indagine diagnostica. La riduzione degli interventi è del 67% a marzo, -64% ad aprile e -55% a maggio 2020 (il sistema non recupera mai nel corso dell'anno), e si ripresenta con livelli alti da novembre 2020 (-47%).

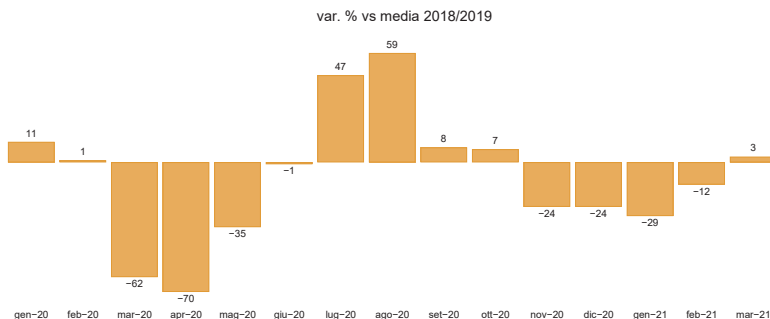
Figura 3.12. Interventi di colecistectomia laparoscopica, per mese - Valori assoluti e variazione percentuale vs media 2018/2019 (intervallo di confidenza al 95%) - Toscana, periodo 2020 - marzo 2021 - Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso amministrativo SDO



Leggermente diverso l'andamento della prostatectomia, per la quale si osserva un recupero nel periodo intermedio tra le ondate (figura 3.13). La riduzione è molto marcata nella prima ondata pandemica (-62% a marzo e -70% ad aprile 2020), ma complessivamente su base annuale la perdita si riduce al 12%.

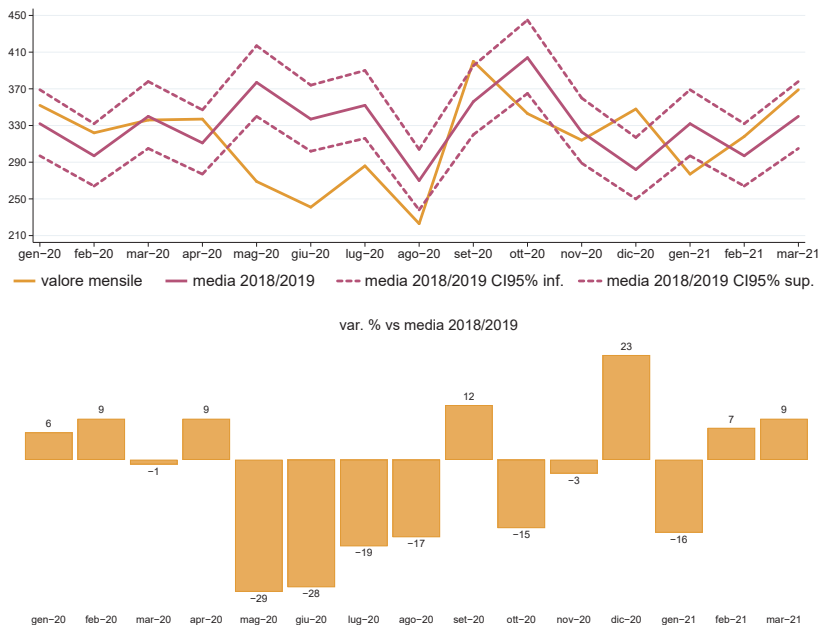
Figura 3.13. Interventi di prostatectomia, per mese - Valori assoluti e variazione percentuale vs media 2018/2019 (intervallo di confidenza al 95%) - Toscana, periodo 2020 - marzo 2021 - Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso amministrativo SDO





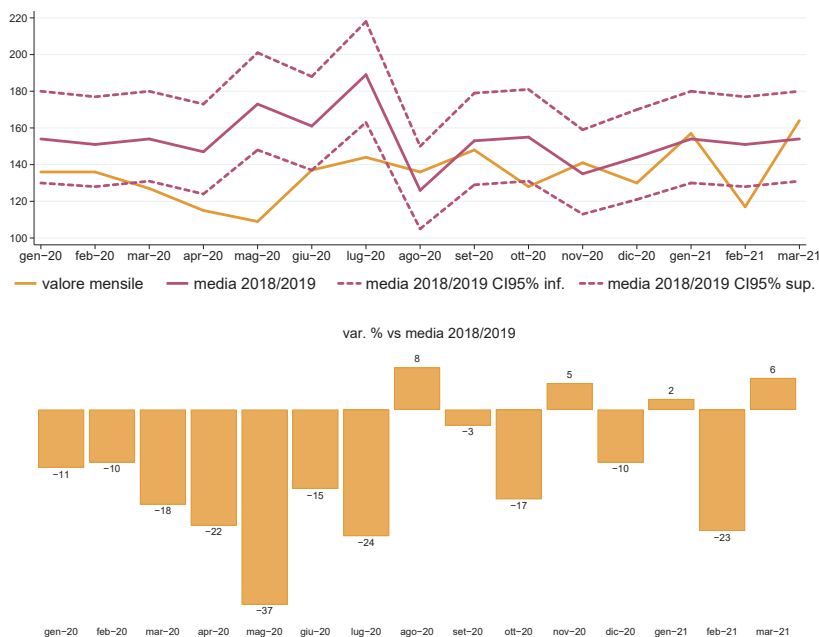
Infine, indicatore importante per le possibili ripercussioni che potremo valutare solo a medio-lungo termine, si rilevano riduzioni di attività più o meno marcate per tutti gli interventi chirurgici per tumore maligno. Questo nonostante l’ordinanza n.8 del 6 marzo 2020 si premurasse di raccomandare che le linee di attività oncologica fossero salvaguardate e garantite. Per i tumori maligni della mammella la flessione di attività inizia a maggio 2020, chiaramente il sistema tiene con la programmazione già avviata nei primi due mesi del lockdown, ma poi lo slittamento degli screening evidentemente mostra il suo effetto (-29% e -28% in maggio e in giugno 2020, -19% in luglio e -17% in agosto). Su base annuale la perdita si sostanzia in 207 interventi nel 2020 (-5,2%) con un recupero dell’operatività nel primo trimestre del 2021 (-4 interventi; -0,4%) (figura 3.14).

Figura 3.14. Interventi per tumore maligno della mammella, per mese - Valori assoluti e variazione percentuale vs media 2018/2019 (intervallo di confidenza al 95%) - Toscana, periodo 2020 - marzo 2021 - Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso amministrativo SDO



A differenza di quanto rilevato per la mammella, la riduzione degli interventi per i tumori maligni del colon è stata immediata all'inizio del lockdown: -18% a marzo, -22% ad aprile, -37% a maggio 2020; nuovamente -17% a ottobre 2020 e -23% a febbraio 2021. Nel 2020 la riduzione su base annuale è stata di 253 interventi (-13,7%); nei primi tre mesi del 2021 si sono persi 21 interventi, corrispondenti al 4,5% (figura 3.15).

Figura 3.15. Interventi per tumore maligno del colon, per mese - Valori assoluti e variazione percentuale vs media 2018/2019 (intervallo di confidenza al 95%) - Toscana, periodo 2020 - marzo 2021 - Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso amministrativo SDO



In conclusione, tutte le linee di ricovero degli ospedali della Regione Toscana hanno scontato perdite di attività. In alcuni casi la riduzione era voluta, con la finalità di preservare gli ospedali (strutture, percorsi e personale) disponibili alla risposta all'ondata pandemica, ma in molte patologie l'assistenza ospedaliera non è stata erogata nella quantità appropriata, talvolta per mancato allarme da parte dei pazienti (patologie mediche tempo dipendenti) o per la ridotta accessibilità alla diagnostica e alla consultazione specialistica.

Gli effetti a breve termine (ad esempio la mortalità intraospedaliera) sembrano contenuti, ma i tempi sono prematuri per una valutazione oggettiva delle ripercussioni sulla salute a medio e lungo termine. Al momento, ad esempio, dai flussi sanitari correnti non possiamo sapere quanto tempo ha dovuto attendere un paziente tra l'esordio dei sintomi e l'allarme alla centrale dell'emergenza nelle patologie tempo-dipendenti, per comprendere il livello di gravità del quadro clinico. Inoltre, non è ancora agevole valutare se il ritardo diagnostico di alcuni

mesi nei tumori maligni più frequenti, abbia determinato una maggiore necessità di interventi chirurgici più estesi. Solo nei prossimi mesi saranno disponibili dati per una valutazione di questi fenomeni nel loro complesso.

Gli effetti sulle cure territoriali

La rimodulazione di molti servizi territoriali durante la pandemia ha sicuramente modificato i percorsi di gestione della popolazione che ha una malattia, in particolare se si tratta di una malattia permanente, cosiddetta cronica. Sono principalmente i servizi territoriali, infatti, che gestiscono la presa in carico dei malati cronici, pazienti che necessitano di un monitoraggio e di un aggiornamento del piano assistenziale periodico, ma continuo, da parte del proprio medico curante o di medici specialisti (a seconda della patologia). Sono sempre i servizi territoriali, nella maggioranza dei casi, che riescono a diagnosticare le nuove patologie che incorrono tra i pazienti.

Grazie all'esperienza pluriennale in tema di monitoraggio epidemiologico delle principali cronicità nella popolazione, ARS ha disegnato un'attività di studio dell'impatto della pandemia sulla gestione territoriale dei malati cronici. Tutti gli indicatori sono estratti dal portale Proter-Macro (Programma di osservazione dell'assistenza territoriale rivolta ai malati cronici), dove è possibile approfondire l'assistenza rivolta ai malati cronici in termini di processi, terapie, costi ed esiti, secondo prospettive diverse (regionale, aziendale, di Zona distretto, fino alle Aggregazione Funzionali Territoriali dei medici di famiglia). Il programma lavora sull'anagrafe sanitaria degli assistiti in Toscana e sui flussi amministrativi sanitari.

Rispetto all'attività territoriale, nell'anno e mezzo di pandemia ci sono stati almeno due interventi significativi. Con un'ordinanza del 6 marzo 2020 la Regione Toscana ha sospeso l'attività ambulatoriale programmata in ambito ospedaliero (ripresa poi dal 4 di maggio) e il 16 marzo 2020 ha avviato l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata, per diminuire le occasioni di contagio e allo stesso tempo garantire la continuità assistenziale, quindi una misura che ha precluso necessariamente l'accesso in presenza ed un'altra che ne avrebbe facilitato l'accesso in futuro.

Per misurare l'impatto della pandemia sulle cure territoriali andremo a misurare e valutare la differenza, in termini di processo, costi ed esiti, dell'assistenza ai malati cronici d'età 16+ (target della medicina generale) durante il 2020, rispetto al periodo precedente. Il confronto tra 2019 e 2020 è aggiustato per età e genere dei malati cronici.

Oltre ai volumi di erogazione dell'assistenza farmaceutica e specialistica, sono stati considerati come outcome alcuni indicatori (più solidi e traccianti) del sistema di monitoraggio di ARS. Si tratta di indicatori robusti dal punto di vista del calcolo (qualità del dato e dell'algoritmo di calcolo) e ampiamente utilizzati nell'attività di valutazione dell'assistenza territoriale ai malati cronici:

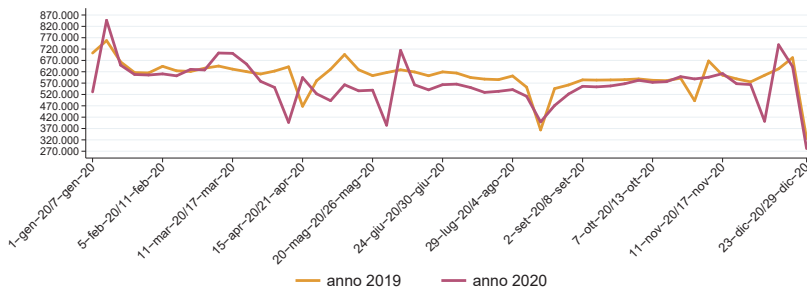
- % di assistiti con diabete con almeno un'emoglobina glicata nell'anno (processo);
- % di assistiti con diabete con almeno una visita diabetologica nell'anno (processo);
- % di assistiti con diabete con almeno un accesso al PS nell'anno (esito);

- % di assistiti con diabete con almeno un ricovero in reparto per acuti, regime ordinario e DRG medico nell'anno (esito);
- % di assistiti con diabete deceduti nell'anno (esito);
- Spesa pro-capite per assistenza ospedaliera tra gli assistiti con diabete (spesa);
- Spesa pro-capite per assistenza territoriale tra gli assistiti con diabete (spesa);
- % di assistiti con insufficienza cardiaca in terapia con beta-bloccanti nell'anno (processo);
- % di assistiti con insufficienza cardiaca aderenti alla terapia (almeno 2 erogazioni a distanza di 6 mesi) con ACE/Sartani nell'anno (processo);
- % di assistiti con insufficienza cardiaca deceduti nell'anno (esito);
- % di assistiti con BPCO in terapia con broncodilatatori nell'anno (processo);
- % di assistiti con BPCO aderenti alla terapia (almeno 2 erogazioni a distanza di 6 mesi) con broncodilatatori nell'anno (processo);
- % di assistiti con BPCO deceduti nell'anno (esito).

L'analisi si limita al 2020 perché gli indicatori della presa in carico territoriale hanno bisogno di una finestra annuale per fornire una descrizione corretta del fenomeno, visto che per molte prestazioni la periodicità appropriata è valutata durante 365 giorni di assistenza. L'informazione sullo stato in vita, necessaria per il calcolo degli indicatori di mortalità, è reperita dall'anagrafe sanitaria degli assistiti e non dalle schede di morte (aggiornate al 2017). Non è disponibile quindi la causa di morte.

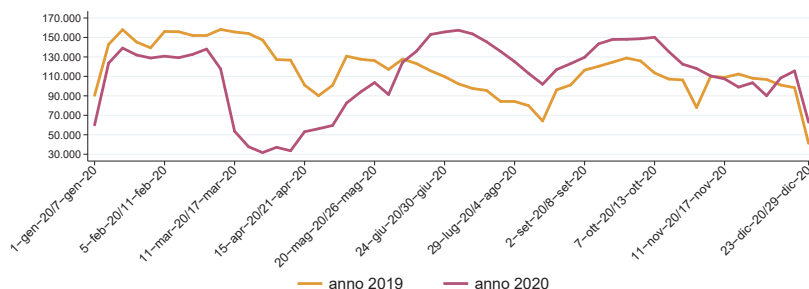
Prima di affrontare la discussione sui singoli indicatori vediamo però alcuni dati di contesto sull'assistenza territoriale rivolta ai malati cronici. Nel 2020 sono state registrate 29.679.324 erogazioni di farmaci ai malati cronici residenti, meno 2.724.941 (-8,4%) rispetto al 2019. Sono considerate solamente le erogazioni a seguito di ricetta del medico di medicina generale (figura 3.16). Le erogazioni si mantengono al di sotto dei valori 2019 durante quasi tutto il periodo marzo-dicembre.

Figura 3.16. Erogazioni farmaceutiche – Numero di erogazioni settimanali - Toscana, anni 2019 e 2020 – Fonte: elaborazioni ARS su dati flussi amministrativi SPF e FED



Nel 2020 sono stati registrati 5.778.116 esami di diagnostica di laboratorio ai malati cronici residenti, -279.283 (-4,6%) rispetto al 2019. Anche in questo caso sono considerate solamente le erogazioni a seguito di ricetta del medico di medicina generale in presidi territoriali o ospedalieri pubblici o privati convenzionati (figura 3.17). Vediamo come i valori 2020 siano molto al di sotto di quelli 2019 nel periodo marzo-maggio, quello del lockdown e della sospensione di prestazioni ambulatoriali, per poi risalire e in qualche modo recuperare, raggiungendo valori al di sopra di quelli 2019, nel periodo giugno-settembre. Inoltre, nella seconda ondata (ottobre-dicembre 2020) non si è assistito al netto calo osservato nella prima. Questo perché il sistema sanitario è riuscito a fronteggiare meglio il nuovo aumento dei contagi a livello organizzativo rispetto alle prime settimane di pandemia, quando l'iniziale effetto sorpresa e i decreti nazionali hanno portato ad una sospensione quasi totale di molti percorsi. Nella fase iniziale probabilmente ha giocato un ruolo anche il timore delle persone nel recarsi presso strutture sanitarie, a meno che non si trattasse di situazioni di urgenza.

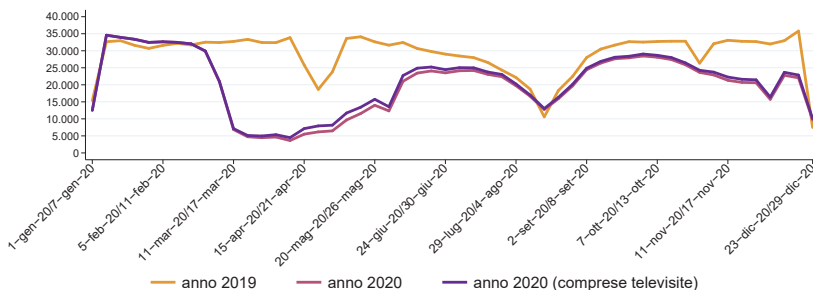
Figura 3.17. Erogazioni di diagnostica di laboratorio - Numero di erogazioni settimanali - Toscana, anni 2019 e 2020 - Fonte: elaborazioni ARS su dati flussi amministrativi SPA



Sempre nel 2020 sono state registrate 1.091.445 visite specialistiche ai malati cronici residenti, 420.237 in meno (-27,8%) rispetto al 2019. Sono considerate solamente le erogazioni a seguito di ricetta medica su ricettario SSN, accesso al PS senza ricovero e Intramoenia, in presidi territoriali o ospedalieri pubblici o privati convenzionati (figura 3.18).

Come nel caso degli esami di laboratorio, anche nelle visite specialistiche si rileva un deciso calo nei primi mesi dell'epidemia, ma non compensato nei mesi successivi: si mantengono infatti valori inferiori a quelli del 2019, anche considerando, oltre alle visite specialistiche di persona, le tele-visite, che quindi non sono riuscite a colmare il gap rispetto all'anno precedente.

Figura 3.18. Erogazioni di visite specialistiche – Numero di erogazioni settimanali - Toscana, anni 2019 e 2020 – Fonte: elaborazioni ARS su dati flussi amministrativi SPA

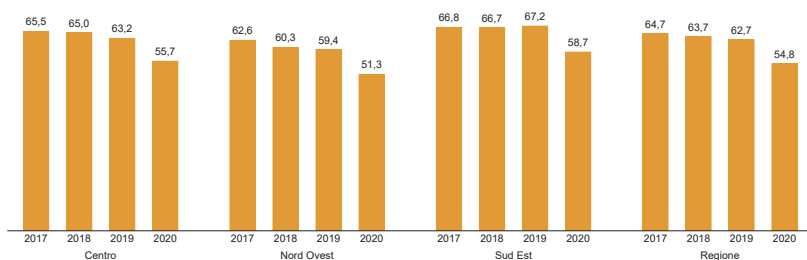


La presa in carico della cronicità nel 2020 si trova dunque in un contesto di generale diminuzione dei volumi di erogazione dell’assistenza territoriale, farmaceutica o specialistica, settore predominante in questo percorso di cura.

Veniamo adesso agli indicatori relativi ai percorsi di presa in carico dei malati cronici.

La percentuale di assistiti diabetici con almeno un esame dell’emoglobina glicata annuale dal 2017 al 2020 è diminuita, se pur lievemente, con una decrescita molto più marcata nel 2020, in tutte le AUSL toscane (figura 3.19). È evidente l’impatto della pandemia, che ha accentuato un trend già in diminuzione, se pur lieve, in Toscana. Nel 2020 il valore regionale si ferma al 54,8% degli assistiti con diabete, rispetto al 62,7% del 2019 e al 64,7% di due anni prima.

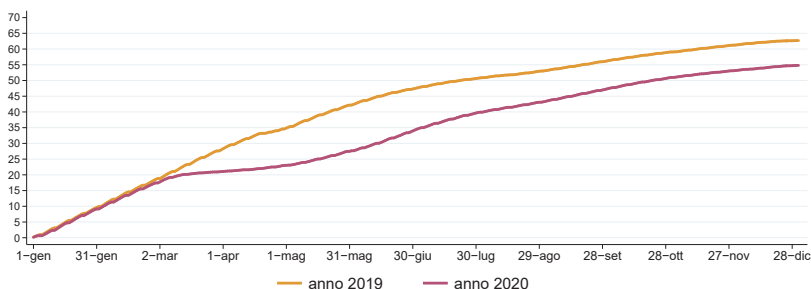
Figura 3.19. Assistiti con diabete con almeno un’emoglobina glicata nell’anno, per AUSL di residenza – Valori percentuali – Toscana, periodo 2017-2020 – Fonte: elaborazione ARS su dati flussi amministrativi regionali



Il calo inizia proprio in concomitanza con i primi casi di Covid-19 e l’introduzione delle misure di contenimento del contagio nella popolazione (figura 3.20). Fino al mese di febbraio, infatti, i trend 2019 e 2020 erano pressoché sovrapponibili e si sono discostati da marzo in avanti, con un gap accumulato nei primi mesi dell’epidemia che non è mai stato recuperato. La percentuale di diabetici con almeno un esame si ferma, come detto in precedenza, circa 7

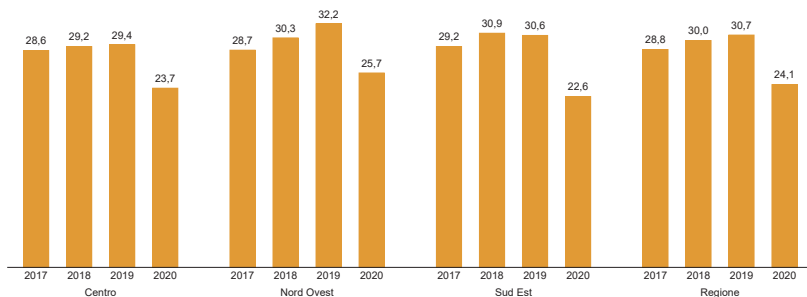
punti percentuali al di sotto del valore 2019 (54,8% vs 62,7%).

Figura 3.20. Assistiti con diabete con almeno un'emoglobina glicata nell'anno - Valori percentuali cumulati - Toscana, anni 2019 e 2020 - Fonte: elaborazione ARS su dati flussi amministrativi regionali



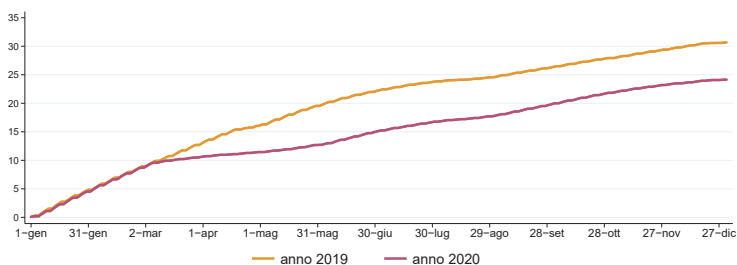
Andamento simile dal 2019 al 2020 si osserva per l'indicatore che misura la percentuale di assistiti con diabete che nell'anno effettuato almeno una visita specialistica diabetologica durante l'anno di osservazione, indicatore proxy della continuità assistenziale specifica per la patologia. In questo caso la pandemia ha interrotto in maniera drastica un trend in crescita in Toscana (figura 3.21). Dal 2017 al 2019 l'indicatore a livello regionale era cresciuto dal 28,8% al 30,7%, salvo scendere al 24,1% nel 2020.

Figura 3.21. Assistiti con diabete con almeno una visita diabetologica nell'anno, per AUSL di residenza - Valori percentuali - Toscana, periodo 2017-2020 - Fonte: elaborazione ARS su dati flussi amministrativi regionali



Il confronto dell'andamento della percentuale di copertura della popolazione negli ultimi due anni suggerisce un'interpretazione analoga a quella dell'indicatore precedente. Anche per le visite diabetologiche, infatti, i due trend divergono da marzo, senza che nel 2020 si riesca più a recuperare il gap accumulato nei primi mesi (figura 3.22).

Figura 3.22. Assistiti con diabete con almeno una visita diabetologica nell'anno - Valori percentuali cumulati - Toscana, anni 2019 e 2020 - Fonte: elaborazione ARS su dati flussi amministrativi regionali



Tra gli indicatori di esito proponiamo la percentuale di assistiti con diabete che durante l'anno ha avuto almeno un accesso al PS (figura 3.23) o un ricovero ospedaliero ordinario in reparto per acuti, DRG medico (figura 3.24). In entrambi i casi, si tratta di eventi che non dovrebbero accadere in presenza di una gestione territoriale del paziente efficace.

Gli andamenti ricalcano i precedenti e si rileva una diminuzione degli eventi avversi nel 2020, rispetto al 2019. Solitamente questi indicatori sono utilizzati come misura di esito, con un'interpretazione favorevole laddove si rilevano valori più bassi (meno ricoveri o accessi al PS). Considerato il contesto, però, è probabile che la diminuzione osservata nel 2020 sia in realtà dovuta ad una minore propensione a ricoverare o a indirizzare le persone al PS, proprio a causa del rischio di contagio e della ridotta accessibilità a questi servizi. Emergenza-urgenza e ospedali sono stati molto sotto pressione durante i mesi più intensi della pandemia ed è possibile che, a parità di sintomatologia e in particolare di sintomi lievi o solo sospetti, vi sia stato un minore ricorso a questi servizi nella popolazione. Abbiamo visto nel paragrafo precedente la riduzione dell'attività ospedaliera che ha riguardato molte patologie no-Covid-19. Nel 2020 gli accessi al PS si fermano al 20,5% dei pazienti diabetici, contro il 25,8% dell'anno precedente. Meno marcata è la riduzione dei ricoveri ospedalieri, dall'11,4% del 2019 al 10% del 2020.

Figura 3.23. Assistiti con diabete con almeno un accesso al PS nell'anno - Valori percentuali cumulati - Toscana, anni 2019 e 2020 - Fonte: elaborazione ARS su dati flussi amministrativi regionali

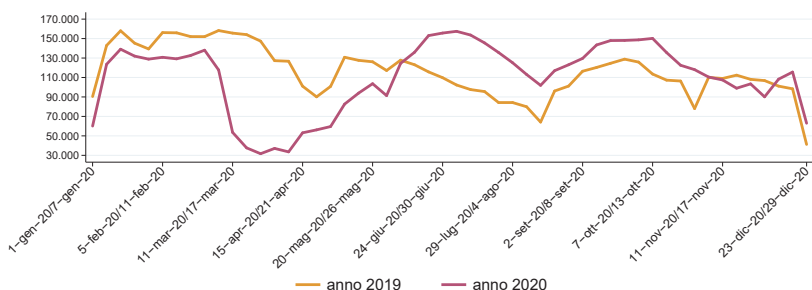
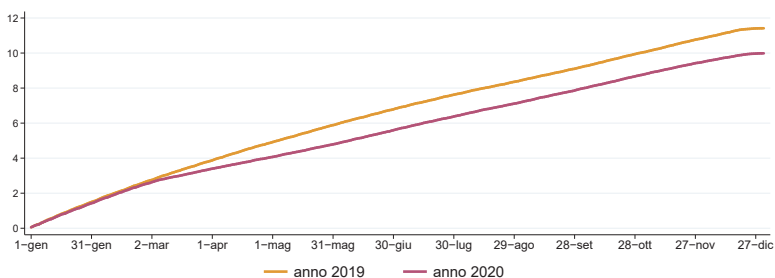
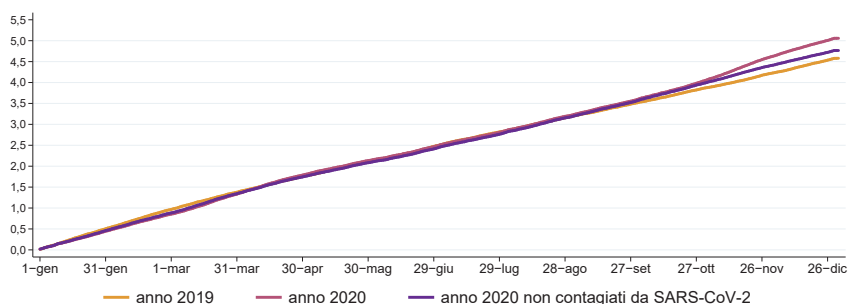


Figura 3.24. Assistiti con diabete con almeno un ricovero in reparto per acuti, regime ordinario, DRG medico, nell'anno - Valori percentuali cumulati - Toscana, anni 2019 e 2020 - Fonte: elaborazione ARS su dati flussi amministrativi regionali



L'indicatore di mortalità mette in evidenza l'aumento dei decessi tra i diabetici, rispetto al 2019, che assume una significatività nei numeri negli ultimi mesi dell'anno (figura 3.25). Questo è in linea con l'evoluzione dell'epidemia nella nostra regione, contraddistinta da una seconda ondata autunnale più importante, in termini di casi e decessi, rispetto ai due mesi di marzo-aprile 2020. Il diabete inoltre è stato individuato fin da subito come una delle condizioni croniche a maggior rischio per un'evoluzione più severa o fatale della malattia, a causa delle complicanze cardiovascolari cui sono più soggetti i pazienti che ne soffrono. Al termine del 2020 è deceduto il 5,1% degli assistiti con diabete, contro il 4,6% del 2019. È verosimile che l'aumento della mortalità si concentri maggiormente tra i diabetici contagiati da SARS-CoV-2: le linee dei trend 2019 e 2020 non contagiati (parte della coorte di cronici non compresi tra i positivi al SARS-CoV-2) in figura 3.25 sono molto più vicine tra loro di quanto lo sia la linea complessiva del 2020 (è deceduto il 4,8% dei diabetici non contagiati). Anche in questo sottogruppo comunque si rileva un aumento, seppur minore, della mortalità rispetto all'anno precedente, che si concentra sempre nei mesi finali dell'anno. È possibile ricondurre questa differenza proprio agli effetti indiretti del Covid-19, cioè l'effetto della generale riduzione dell'assistenza osservata tramite gli indicatori precedenti, anche se saranno necessarie ulteriori analisi per eliminare possibili bias residui legati alla potenziale sotto-notifica dei contagiati da SARS-CoV-2.

Figura 3.25. Assistiti con diabete deceduti nell'anno - Valori percentuali cumulati - Toscana, anni 2019 e 2020 - Fonte: elaborazione ARS su dati flussi amministrativi regionali



I due indicatori di spesa, ospedaliera e territoriale, sono diretta conseguenza di quanto osservato nei trend dei volumi di prestazioni ambulatoriali o ospedaliere. Si rileva una riduzione più marcata della spesa ospedaliera pro capite (figura 3.26), rispetto a quella territoriale (figura 3.27). Il maggior impatto sulla spesa ospedaliera può dipendere dal valore tariffario delle prestazioni di ricovero ospedaliero, più alto rispetto a quelle territoriali, ambulatoriali o di farmaceutica dedicate ai diabetici. Al termine del 2020 la spesa pro capite ospedaliera è stata pari a 1.617 Euro, contro i 2.015 Euro del 2019; quella territoriale a 1.934 Euro, contro i 2.008 Euro del 2019.

Figura 3.26. Spesa per assistenza ospedaliera tra gli assistiti con diabete deceduti nell'anno - Valori pro capite cumulati - Toscana, anni 2019 e 2020 - Fonte: elaborazione ARS su dati flussi amministrativi regionali

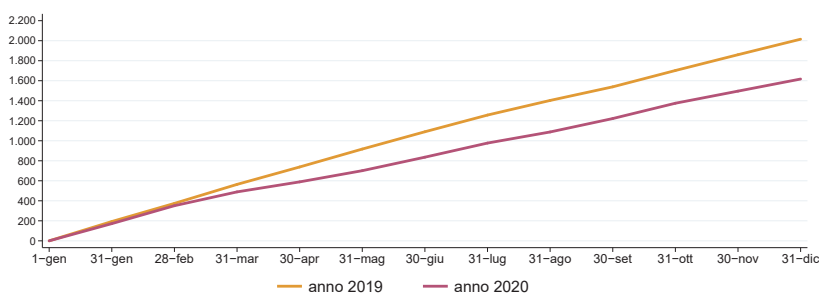
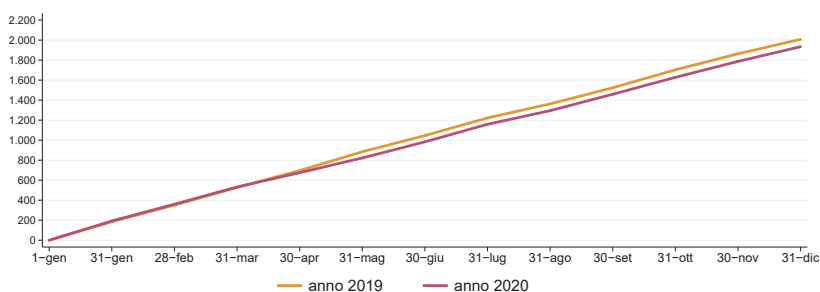


Figura 3.27. Spesa per assistenza territoriale tra gli assistiti con diabete deceduti nell'anno - Valori pro capite cumulati - Toscana, anni 2019 e 2020 - Fonte: elaborazione ARS su dati flussi amministrativi regionali

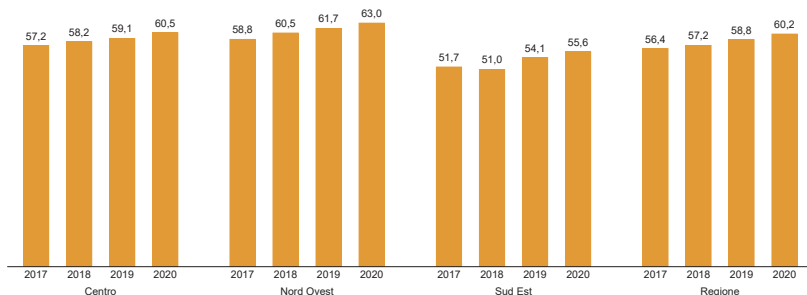


Proseguendo la presentazione dei risultati tra gli assistiti con insufficienza cardiaca, evitiamo di presentare gli indicatori di esito sul ricorso ai servizi ospedalieri o di PS, in quanto perfettamente sovrapponibili a quanto mostrato per il diabete.

Consideriamo invece la percentuale di pazienti in terapia con beta-bloccanti durante l'anno (figura 3.28). In questo caso l'indicatore aumenta di valore nel tempo e continua a farlo anche nel 2020, a seguito di un trend in continuo aumento a partire dal 2017. Il numero complessivo di pazienti che hanno assunto beta-bloccanti nell'anno quindi non ha risentito

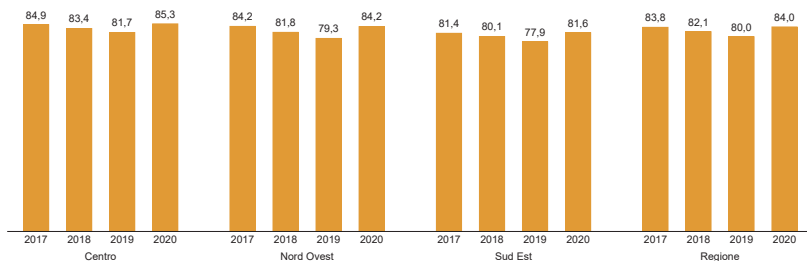
degli effetti, diretti o indiretti, della pandemia. Il valore 2020 si attesta al 60,2% rispetto al 58,8% del 2019 e al 56,4% del 2017.

Figura 3.28. Assistiti con insufficienza cardiaca in terapia con beta-bloccanti nell'anno, per AUSL di residenza - Valori percentuali - Toscana, periodo 2017-2020 - Fonte: elaborazione ARS su dati flussi amministrativi regionali



Situazione ancora migliore per quanto riguarda la corretta adesione alla terapia con ACE/Sartani tra i pazienti con insufficienza cardiaca (figura 3.29). In questo caso, infatti, nel 2020 si rileva un aumento dopo un trend in diminuzione dal 2017 al 2019 (84% rispetto all'80% del 2019 e all'83,8% del 2017). L'anno della pandemia quindi sembra aver segnato addirittura un'inversione di tendenza nel trend dell'indicatore. Interpretiamo questi andamenti con una maggiore attenzione da parte dei medici di famiglia nel garantire ai loro assistiti continuità nelle terapie e miglioramento della loro corretta assunzione.

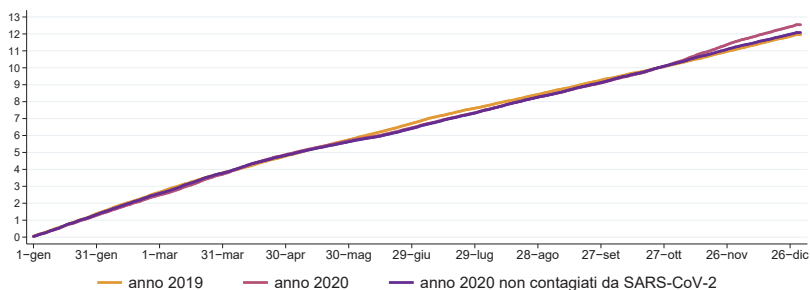
Figura 3.29. Assistiti con insufficienza cardiaca aderenti alla terapia con ACE/Sartani nell'anno, per AUSL di residenza - Valori percentuali - Toscana, periodo 2017-2020 - Fonte: elaborazione ARS su dati flussi amministrativi regionali



Quanto osservato per gli indicatori precedenti può aver contribuito, in parte, a limitare la mortalità tra gli assistiti con insufficienza cardiaca. Come mostrato in figura 3.30, infatti, il trend 2020 si discosta lievemente da quello del 2019 nel mese di dicembre, ma non in maniera significativa. Complessivamente nel 2020 è deceduto il 12,5% degli assistiti con insufficienza cardiaca, contro il 12% del 2019. Il trend dei non contagiati è addirittura praticamente

coincidente con quello dell'anno precedente (12,1%). A differenza del diabete, quindi, tra gli assistiti con insufficienza cardiaca sono nulli i cosiddetti effetti indiretti della pandemia. Si rileva invece un lieve e plausibile aumento della mortalità, pur non statisticamente significativo, tra i pazienti contagiati, da ricondurre quindi agli effetti diretti della patologia.

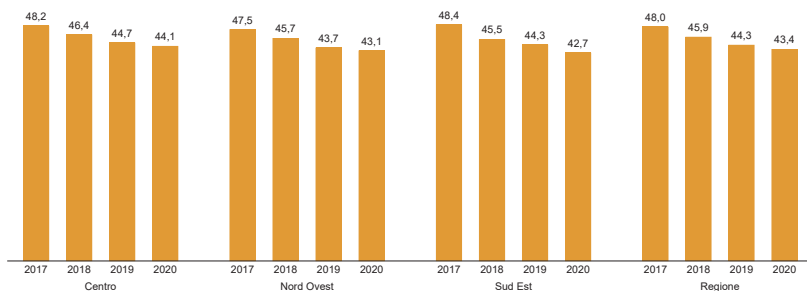
Figura 3.30. Assistiti con insufficienza cardiaca deceduti nell'anno - Valori percentuali cumulati - Toscana, anni 2019 e 2020 - Fonte: elaborazione ARS su dati flussi amministrativi regionali



Come nel caso precedente, anche per la BPCO proponiamo solo due indicatori di processo e di esito, essendo gli altri aspetti analoghi a quanto detto per il diabete.

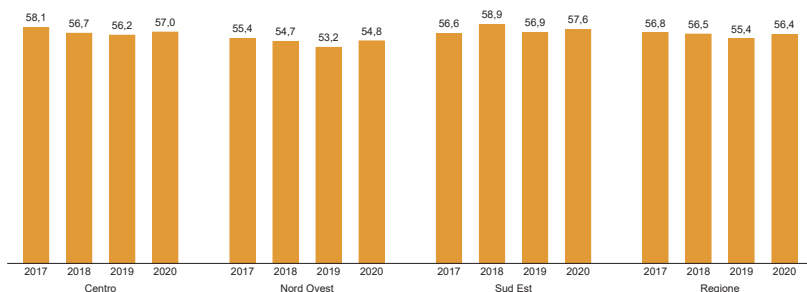
In figura 3.31 è rappresentato l'andamento annuale dell'indicatore sugli assistiti in terapia con broncodilatatori. Il 2020 segna un'ulteriore diminuzione rispetto all'anno precedente (43,4% vs 44,3%), a conclusione di un trend complessivo in diminuzione dal 2017, quando il valore aveva raggiunto il 48%. La diminuzione 2019-2020 è comunque in linea con quella degli anni precedenti, nettamente inferiore, ad esempio, a quella osservata negli indicatori di processo della coorte dei diabetici. Il 2020 quindi non sembra aver segnato un cambio di direzione decisivo nell'andamento.

Figura 3.31. Assistiti con BPCO in terapia con broncodilatatori nell'anno, per AUSL di residenza - Valori percentuali - Toscana, periodo 2017-2020 - Fonte: elaborazione ARS su dati flussi amministrativi regionali



L'ipotesi di una parziale tenuta dell'indicatore è confermata dal trend dei pazienti, tra quelli che assumono broncodilatatori, che aderiscono correttamente alla terapia, seguono cioè i dosaggi previsti (figura 3.32). Il 2020 segna un lieve aumento nel dato complessivo regionale (56,4% vs 55,4% nel 2019), con un trend sostanzialmente stabile dal 2017, quando era pari a 56,8%, al 2020. La pandemia non sembra quindi aver avuto effetti sull'assistenza e l'attenzione riservata ai pazienti con BPCO.

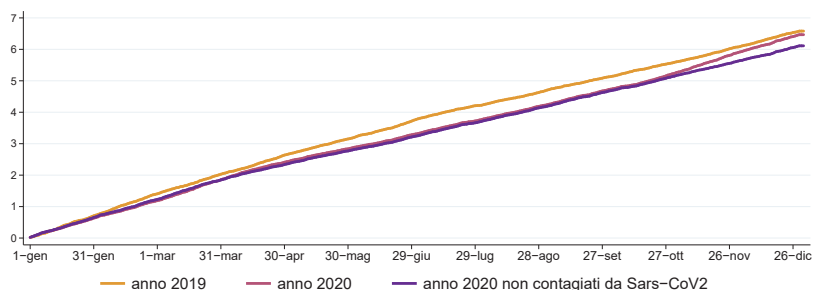
Figura 3.32. Assistiti con BPCO in terapia con broncodilatatori aderenti alla terapia nell'anno, per AUSL di residenza - Valori percentuali - Toscana, periodo 2017-2020 - Fonte: elaborazione ARS su dati flussi amministrativi regionali



Non si rileva un eccesso di mortalità tra i pazienti con BPCO rispetto al 2019 (figura 3.33), nonostante questa malattia possa essere considerata a maggior rischio di evoluzione severa del Covid-19, per la compromissione già in atto dell'apparato respiratorio.

Nel 2020 la mortalità sembra addirittura minore rispetto al 2019 (6,5% rispetto al 6,6% dell'anno precedente), in maniera statisticamente significativa se si considerano i pazienti non contagiati dal SARS-CoV-2 (6,1%), in qualche modo più protetti rispetto agli anni precedenti. Non è escluso che, evitato il contagio da SARS-CoV-2, le misure di contenimento e l'uso dei DPI possano aver protetto questi soggetti da altre eventuali complicanze respiratorie, che si verificavano più frequentemente negli anni passati, in grado di provocare eventi acuti fatali.

Figura 3.33. Assistiti con BPCO deceduti nell'anno - Valori percentuali cumulati - Toscana, anni 2019 e 2020 - Fonte: elaborazione ARS su dati flussi amministrativi regionali



In conclusione, il periodo del lockdown nazionale, da marzo a metà maggio 2020, è stato caratterizzato da una drastica riduzione dei servizi ospedalieri e territoriali in termini di offerta, ma è lecito ipotizzare anche di domanda, a causa dei timori nel recarsi in strutture considerate fin da subito a maggior rischio di contagio. Dalla metà di maggio, in concomitanza con le gradualità riaperture, le cure primarie hanno garantito il proprio servizio e fatto in modo che il gap accumulato nei mesi di chiusura non si accentuasse o si prolungasse fino al termine dell'anno. È ipotizzabile che l'introduzione della ricetta elettronica dematerializzata abbia aiutato i medici di famiglia in questo percorso.

Per quanto riguarda gli esami di follow-up c'è invece sicuramente da recuperare chi si è lasciato indietro. L'assistenza specialistica è stata meno resiliente, anche se va sottolineato che la differenza, in termini di erogazioni rispetto al 2019, è stata più contenuta durante la seconda ondata rispetto alla prima, come se il Servizio sanitario regionale si fosse nel frattempo organizzato meglio per fronteggiare un nuovo aumento dei contagi e le conseguenti limitazioni degli accessi e dei percorsi di assistenza.

Più complicato riassumere l'impatto sulla mortalità, considerati gli andamenti divergenti tra le diverse patologie croniche. Nel diabete si rileva un aumento della mortalità che invece non si ritrova in maniera così chiara tra i pazienti con insufficienza cardiaca e addirittura è assente tra i pazienti con BPCO. È probabile che su questo indicatore si inseriscano meccanismi di interazione tra la patologia pregressa e il Covid-19 che, ad esempio, possono porre il paziente diabetico a maggior rischio una volta contagiato da SARS-CoV-2, rispetto agli altri malati cronici. Si tratta di individuare e discernere gli effetti della pandemia tra diretti (legati al contagio) e indiretti (conseguenti alle limitazioni e all'interruzione dei servizi). Non si tratta di un'analisi risolvibile con i dati a nostra disposizione in questa fase, ma sono necessari approfondimenti con indagini ad hoc.

Traspare comunque un'associazione tra performance migliori sugli indicatori di processo e contenimento della mortalità, ma va detto che sicuramente è necessario un periodo di follow-up più lungo per valutare correttamente possibili conseguenze di una mancata assistenza appropriata durante i mesi del 2020.

Per tentare di mitigare l'impatto della pandemia sui percorsi per i malati cronici, e quindi sul conseguente possibile aumento di carico della malattia nella popolazione, è opportuno attuare quanto previsto dagli atti legislativi e programmatori del marzo 2020, soprattutto in tema di sanità d'iniziativa. Tale progetto deve essere ripreso per valorizzare quanto è stato ottenuto negli anni passati e quanto fatto durante questi ultimi mesi riguardo alla gestione delle cronicità in termini di patrimonio di strutture, tecnologie, organizzazione e professionisti.

Sicuramente il Covid-19 è stato con un momento di forte criticità per la sanità, ma allo stesso tempo si è venuta a creare una situazione semi-sperimentale che può portare a chiedersi se le riduzioni dei servizi che abbiamo osservato nel 2020 non contengano anche alcune prestazioni inappropriate, inutili per il paziente o addirittura potenzialmente dannose. È possibile che la situazione in cui ci troviamo possa essere sfruttata come opportunità per valutare se il sistema possa essere parimenti efficiente con una riduzione di alcuni questi servizi.

La campagna di vaccinazione anti SARS-CoV-2

F. Profili, F. Voller (ARS Toscana)

La campagna di vaccinazione anti-SARS-CoV-2 è attualmente l'attività di contenimento più importante della pandemia, sulla quale si sono concentrati tutti i paesi con un'economia sviluppata a partire dalla fine del 2020. Valuteremo l'andamento della campagna in Toscana misurando i livelli di copertura raggiunti fino al 30 settembre 2021 e tenteremo di misurare l'impatto dei vaccini sugli indicatori di contagio ed esito, pur con alcuni limiti legati alla indisponibilità del dato individuale su vaccinazione e malattia Covid-19.

L'andamento della campagna di vaccinazione

La campagna di vaccinazione anti-SARS-CoV-2 nel nostro paese è partita gli ultimi giorni del 2020. I vaccini disponibili in Italia sono quattro: due vaccini mRNA, Comirnaty (Pfizer-BioNtech) e Spikevax (Moderna), e due vaccini a vettore virale, Vaxzevria (AstraZeneca) e Janssen (Johnson&Johnson). Dei quattro vaccini solamente Janssen non prevede un richiamo, ma fornisce protezione completa con una sola dose di somministrazione.

L'approvazione dei vaccini da parte dell'Agenzia europea per i medicinali (EMA) e, di conseguenza, dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) per il nostro Paese, ha seguito iter diversi, che a mano a mano hanno allargato la platea dei potenziali fruitori della vaccinazione dai più anziani fino a tutti gli over 12enni. Quando scriviamo questo documento sono ancora in corso studi per valutare la sicurezza e l'efficacia dei vaccini al di sotto dei 12 anni.

Tabella 4.1. Data di autorizzazione e di prima di somministrazione per vaccino in Italia – Fonte: Report Impatto della vaccinazione Covid-19 sul rischio di infezione da SARS-CoV-2 e successivo ricovero e decesso in Italia (27.12.2020 - 14.07.2021), ISS

Vaccino	Data di autorizzazione	Data di prima somministrazione
Comirnaty (Pfizer-BioNtech)	22 dicembre 2020	27 dicembre 2020
Spikevax (Moderna)	7 gennaio 2021	14 gennaio 2021
Vaxzevria (AstraZeneca)	29 gennaio 2021	1 febbraio 2021
Janssen (Johnson&Johnson)	11 marzo 2021	22 aprile 2021

L'avvio della campagna ha riguardato in prima battuta due target considerati a maggior rischio: operatori sanitari e ospiti delle RSA. Successivamente è stato coinvolto il personale scolastico e quello del settore giustizia, fino all'apertura finale a tutta la popolazione, con criteri di priorità basati esclusivamente sull'età (dai più anziani ai più giovani). L'obiettivo primario era quello di mettere in sicurezza tutta la popolazione over 60 il prima possibile, nonostante i primi mesi della campagna siano stati caratterizzati, come atteso, da una scarsità di dosi disponibili e un approvvigionamento a singhiozzo, a causa della domanda concomitante di molti paesi e le difficoltà di produzione industriale su scala mondiale.

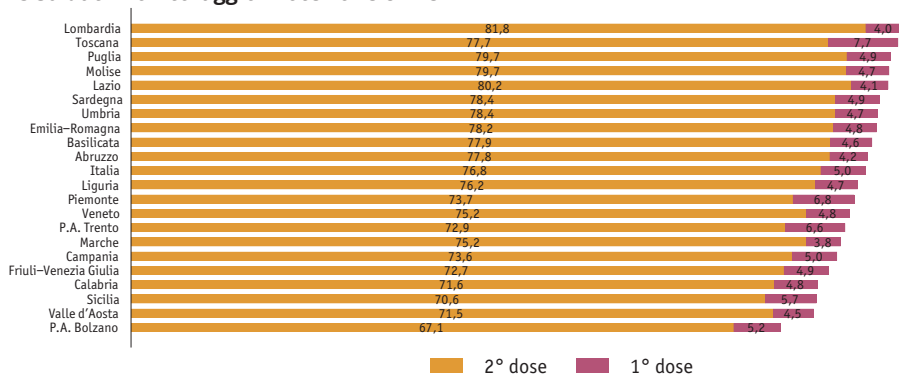
Con il trascorrere dei mesi sono state inoltre modificati gli intervalli tra le dosi (per Pfizer e Moderna), oppure, sostituita la seconda dose di Vaxzevria con un vaccino a mRNA per le persone al di sotto dei 60 anni di età (vaccinazione eterologa) (tabella 4.2).

Tabella 4.2. Elenco dei principali provvedimenti nazionali riguardanti la vaccinazione anti SARS-CoV-2 (aggiornamento al 21/07/2021) - Fonte: Report Impatto della vaccinazione Covid-19 sul rischio di infezione da SARS-CoV-2 e successivo ricovero e decesso in Italia (27.12.2020 - 14.07.2021), ISS

data	provvedimento
24/12/20	dLg: Raccomandazioni per l'organizzazione della campagna vaccinale contro SARS-CoV-2/Covid-19 e procedure di vaccinazione
2/1/21	MinSal: Adozione piano strategico nazionale per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2, (presentato dal Ministro della Salute al Parlamento il 2 dicembre 2020, con aggiornamento 12 dicembre del 2020, Decreto del 02/01/2021)
22/2/21	MinSal: Aggiornamento sulle modalità d'uso del vaccino Covid-19 VACCINE ASTRAZENECA e delle raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti-SARS-CoV-2/Covid-19.
8/3/21	MinSal: Utilizzo del vaccino Covid-19 VACCINE ASTRAZENECA nei soggetti di età superiore ai 65 anni
13/3/21	MinSal/ISS: Trasmissione Rapporto ISS Covid-19 n. 4/2021 "Indicazioni ad interim sulle misure di prevenzione e controllo delle infezioni da SARS-CoV-2 in tema di varianti e vaccinazione anti-Covid-19".
13/3/21	Pres.Cons.Min: Piano vaccinale del Commissario straordinario per l'esecuzione della campagna vaccinale nazionale
15/3/21	AIFA: sospensione precauzionale del vaccino AstraZeneca
19/3/21	MinSal: Trasmissione nota AIFA sul parere di sospensione e revoca del divieto d'uso del vaccino Covid-19 AstraZeneca
24/3/21	MinSal: Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti SARS-CoV-2 del 10/03/2021
1/4/21	MinSal: Misure urgenti per il contenimento dell'epidemia da Covid-19, in materia di vaccinazioni anti SARS-CoV-2, di giustizia e di concorsi pubblici. [ART. 4 "... gli esercenti le professioni sanitarie e gli operatori di interesse sanitario (di cui all'articolo 1, comma 2, della legge 1° febbraio 2006, n. 43)) che svolgono la loro attività nelle strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali, pubbliche e private, (nelle farmacie, nelle parafarmacie) e negli studi professionali sono obbligati a sottoporsi a vaccinazione gratuita per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2."]
7/4/21	MinSal: Circolare 7 aprile 2021 - Trasmissione nota AIFA sul parere di sospensione e revoca del divieto d'uso del vaccino Covid-19 AstraZeneca. Vaxzevria è approvato a partire dai 18 anni di età, sulla base delle attuali evidenze, tenuto conto del basso rischio di reazioni avverse di tipo tromboembolico a fronte della elevata mortalità da Covid-19 nelle fasce di età più avanzate, si rappresenta che è raccomandato un suo uso preferenziale nelle persone di età superiore ai 60 anni
9/4/21	MinSal: In linea con il Piano nazionale del Ministero della Salute approvato con decreto 12 marzo 2021, la vaccinazione rispetta il seguente ordine di priorità: - persone di età superiore agli 80 anni; - persone con elevata fragilità e, ove previsto dalle specifiche indicazioni contenute alla Categoria 1, Tabella 1 e 2 delle citate Raccomandazioni ad interim, dei familiari conviventi, caregiver, genitori/tutori/affidatari; - persone di età compresa tra i 70 e i 79 anni e, a seguire, di quelle di età compresa tra i 60 e i 69 anni, utilizzando prevalentemente vaccini Vaxzevria (precedentemente denominato Covid-19 Vaccine AstraZeneca) come da recente indicazione dell'AIFA
15/4/21	AIFA: Istruzioni di corretta manipolazione, conservazione e somministrazione del vaccino Comirnaty - BioNTech/Pfizer (aggiornamento al 15/04/2021)
5/5/21	MinSal: Trasmissione parere del CTS in merito alla estensione dell'intervallo tra le due dosi dei vaccini a mRNA e alla seconda dose del vaccino Vaxzevria.
3/6/21	AB, EMA, AIFA AstraZeneca: Nota informativa del 03/06/2021, VAXZEVRIA/Covid-19 Vaccine AstraZeneca: rischio di insorgenza di trombosi in combinazione con trombocitopenia
4/6/21	MinSal: Estensione di indicazione di utilizzo del vaccino Comirnaty (BioNTech/Pfizer) per la fascia di età tra i 12 e i 15 anni. (Determina del 31/05/2021)
11/6/21	MinSal: Aggiornamento parere CTS vaccini. Il vaccino Vaxzevria viene somministrato solo a persone di età uguale o superiore ai 60 anni (ciclo completo)
13/6/21	MinSal: Aggiornamento nota informativa vaccino Moderna (in riferimento ad Allegato 3 della 11/06/2021-DGPRE)
14/6/21	MinSal: Vaccinazione anti-SARS-CoV-2/Covid-19. Trasmissione determina e parere AIFA sull'uso dei vaccini a mRNA per schedula vaccinale mista
18/6/21	MinSal: Completamento del ciclo vaccinale nei soggetti sotto i 60 anni che hanno ricevuto una prima dose di vaccino Vaxzevria e chiarimenti sulle modalità d'uso del vaccino Janssen
23/6/21	AIFA: VAXZEVRIA/Covid-19 Vaccine AstraZeneca: controindicazione negli individui con pregressa sindrome da perdita capillare. (Nota informativa del 3.06.2021)
25/6/21	MinSal: Aggiornamento della classificazione delle nuove varianti SARS-CoV-2, loro diffusione in Italia e rafforzamento del tracciamento, con particolare riferimento alla variante Delta. (Circolare Ministeriale n. 28537 del 25.06.2021)
9/7/21	EMA: Comirnaty e Spikevax: possibile collegamento a casi molto rari di miocardite e pericardite
19/7/21	AIFA: Nota informativa Covid-19 Vaccine Janssen: Controindicazione negli individui con pregressa sindrome da perdita capillare e aggiornamento relativo alla sindrome trombotica trombocitopenica
20/7/21	Struttura Commissariale: Completamento vaccinazione - platea "esitanti"
23/7/21	EMA: Vaccino anti-Covid-19 Spikevax approvato nell'UE per bambini di età compresa tra 12 e 17 anni
23/7/21	EMA: Vaccino Covid-19 Janssen: la sindrome di Guillain-Barré aggiunta alle Informazioni sul Prodotto come effetto indesiderato molto raro

Al 30 settembre 2021 in Italia è stato vaccinato almeno con la prima dose di un vaccino l'81,8% della popolazione d'età 12+ anni, quella alla quale i vaccini possono essere somministrati, il 76,8% con ciclo completo (prima e seconda dose o dose unica nel caso di Janssen) e il 5% con una sola dose (figura 4.1). La Toscana è la seconda regione, dopo la Lombardia, con l'85,4% di abitanti d'età 12+ vaccinati, il 77,7% con ciclo completo e il 7,7% con prima dose soltanto.

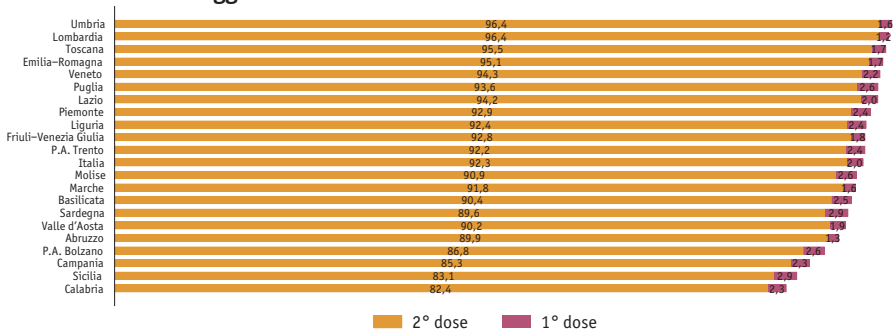
Figura 4.1 Vaccinati con prima dose o ciclo completo d'età 12+ - Vaccinati ogni 100 abitanti d'età 12+ - Regioni e Italia, periodo dicembre 2020 - settembre 2021 - Fonte: elaborazioni ARS su dati monitoraggio Protezione civile



Il dato riferito all'intera popolazione, considerando al denominatore quindi anche i ragazzi al di sotto dei 12 anni, per i quali al momento non è possibile la vaccinazione, in Toscana è pari al 77,5% di residenti vaccinati, contro il 73,7% in Italia.

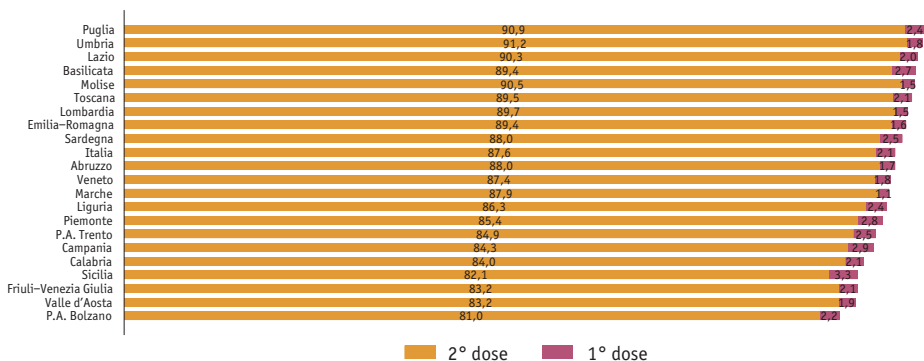
Sulla copertura del target prioritario (80 e più anni d'età), la Toscana al 30 settembre 2021 si trovava al 3° posto della graduatoria per regioni, dopo Umbria e Lombardia, con il 97,2% di vaccinati, il 95,5% con ciclo completo e l'1,7% in attesa di richiamo (media italiana pari a 92,3% ciclo completo e 2% prima dose) (figura 4.2).

Figura 4.2 Vaccinati con prima dose o ciclo completo d'età 80+ - Vaccinati ogni 100 abitanti d'età 80+ - Regioni e Italia, periodo dicembre 2020 - settembre 2021 - Fonte: elaborazioni ARS su dati monitoraggio Protezione civile



Complessivamente tra gli over 60, fascia d'età per la quale si puntava a raggiungere prima possibile un'elevata copertura, al 30 settembre 2021 la Toscana aveva vaccinato l'89,5% con ciclo completo e l'1,5% con sola prima dose, rispetto rispettivamente all'87,6% e 2,1% in Italia, 5° regione in Italia (figura 4.3).

Figura 4.3 Vaccinati con prima dose o ciclo completo d'età 60+ - Vaccinati ogni 100 abitanti d'età 60+ - Regioni e Italia, periodo dicembre 2020 - settembre 2021 - Fonte: elaborazioni ARS su dati monitoraggio Protezione civile

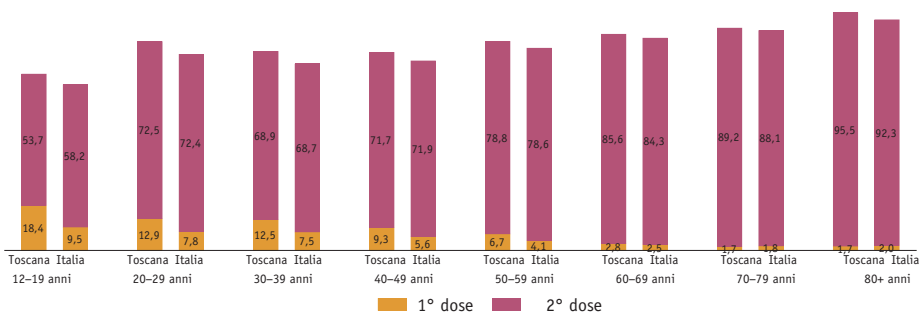


Infine, alcuni dati sulla campagna nelle RSA, che ha dato il via alla vaccinazione generale. Al 28 aprile 2021 il 76,1% degli anziani ospiti nelle RSA toscane era vaccinato (fonte: Agenas). La campagna è proseguita e, al 12 settembre, risulta vaccinato il 92,8% degli ospiti.

Questi dati ovviamente sono in continuo aggiornamento, anche in ragione dell'avvio della possibilità di effettuare la terza dose, prima alle persone con elevata fragilità, poi agli operatori sanitari in fine a tutta la popolazione over 60.

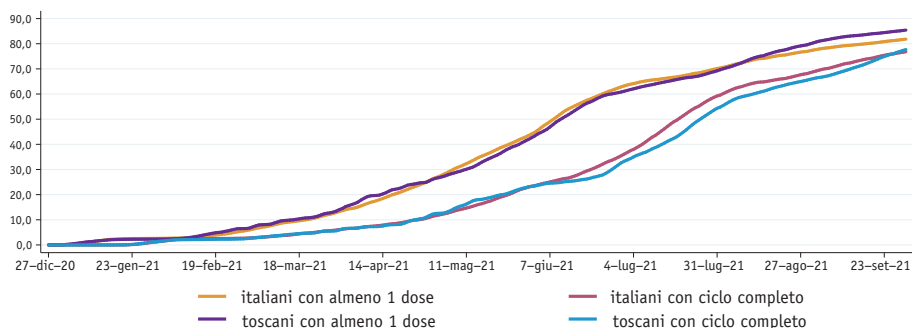
Rispetto alla media nazionale, la copertura di persone che hanno effettuato almeno una dose di vaccino in Toscana è superiore in tutte le fasce d'età considerate (figura 4.4). I più giovani sono più indietro nei livelli di copertura, specialmente per quanto riguarda le seconde dosi, perché, come detto, per loro la possibilità di accedere al vaccino è venuta in un secondo momento, dopo che si erano raggiunti livelli accettabili tra i più anziani. I livelli di adesione, pur migliorabili ulteriormente, sono comunque positivi anche tra le fasce d'età degli adolescenti (72,1% in Toscana) e dei giovani 20-29enni (85,4%), che hanno raggiunto valori superiori o analoghi agli adulti tra i 30 e i 59 anni, tra i quali invece la campagna andrebbe sostenuta maggiormente. In queste fasce d'età infatti, se pur è raro riportare conseguenze letali dal contagio, c'è comunque il rischio di avere una sintomatologia severa, che può portare, oltre al ricovero ospedaliero, a sintomi e danni d'organo che possono prolungarsi nel tempo.

Figura 4.4 Vaccinati con prima dose o ciclo completo, per classe d'età - Vaccinati ogni 100 abitanti - Toscana e Italia, periodo dicembre 2020 - settembre 2021 - Fonte: elaborazioni ARS su dati monitoraggio Protezione civile



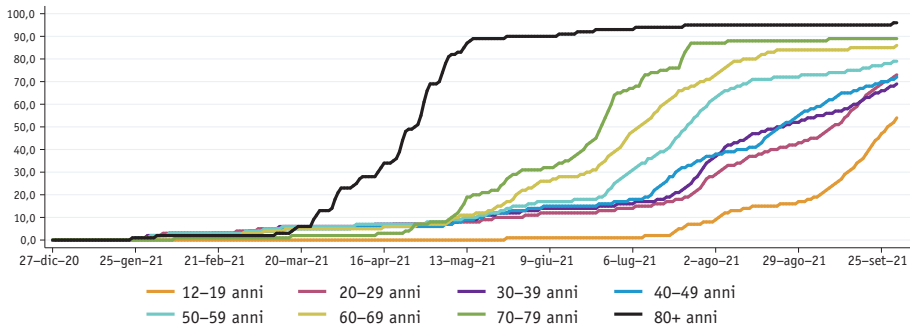
Le coperture vaccinali sono aumentate progressivamente nel corso del 2021, via via che aumentavano le forniture a disposizione delle regioni. Il trend temporale della percentuale di persone coperte con almeno una dose o con due mostra una forte accelerata che sia la Toscana sia l'Italia hanno avuto a partire dal mese di aprile, fino a giugno, dopodiché la campagna ha leggermente frenato, complice il periodo estivo, ma non si è comunque mai fermata (figura 4.5). L'andamento toscano è pressoché sovrapponibile a quello italiano, pur con lievi oscillazioni in positivo o negativo in alcuni mesi, a dimostrazione che nel primo semestre 2021 è stata la disponibilità di dosi il vero fattore che ha determinato la velocità di somministrazione nella popolazione, seguito poi dal modello organizzativo adottato dalle varie regioni per la somministrazione.

Figura 4.5 Vaccinati con almeno prima dose o ciclo completo d'età 12+ - Vaccinati ogni 100 abitanti d'età 12+, valori cumulati - Toscana e Italia, periodo dicembre 2020 - settembre 2021 - Fonte: elaborazioni ARS su dati monitoraggio Protezione civile



In figura 4.6 il trend dei vaccinati con ciclo completo è esploso per singola fascia d'età, così da apprezzare il criterio anagrafico che, ad esclusione di fatto dei soli operatori sanitari e scolastici, ha guidato la campagna vaccinale nella scelta dei target prioritari.

Figura 4.6 Vaccinati con almeno prima dose o ciclo completo, per classe d'età - Vaccinati ogni 100 abitanti, valori cumulati - Toscana e Italia, periodo dicembre 2020 - settembre 2021 - Fonte: elaborazioni ARS su dati monitoraggio Protezione civile



Nelle analisi successive andremo a valutare se a questi livelli di copertura sono seguiti dei cambiamenti nel rischio di contagio o di decesso dei toscani.

L'impatto sull'andamento dell'epidemia

Nella valutazione dell'impatto della campagna vaccinale sull'andamento dell'epidemia da Covid-19 in Toscana siamo in parte limitati dalla mancanza di un archivio unico, con dati individuali, che raccolga le informazioni sullo status vaccinale e l'eventuale contagio, ricovero o decesso. Tenteremo quindi di combinare l'utilizzo delle banche dati utilizzate finora, Protezione civile ed ISS, con i flussi amministrativi sanitari (in particolare schede di dimissione ospedaliera e flusso vaccinazioni) per ottenere delle stime di impatto e di protezione a livello individuale.

Riportiamo però, in introduzione, un estratto di alcune pubblicazioni che l'Istituto Superiore di Sanità ha curato, in cui si riportano stime di efficacia della vaccinazione in Italia, ottenute collegando l'archivio dell'anagrafe vaccinale con la banca dati Covid-19. Queste stime saranno utili alla contestualizzazione dei risultati a livello regionale.

Nel Report *Impatto della vaccinazione Covid-19 sul rischio di infezione da SARS-CoV-2 e successivo ricovero e decesso in Italia (27.12.2020 - 14.07.2021)* si riportano i risultati di un'analisi che ha valutato l'incidenza di diagnosi di infezione da SARS-CoV-2, di ricovero, di ammissione in terapia intensiva e di decesso sulle persone a cui è stata somministrata almeno una dose di un qualunque vaccino (esclusi i soggetti che si erano già contagiati prima della vaccinazione e quelli vaccinati da troppi pochi giorni per poter avere sviluppato gli eventi in studio ed essere stati notificati). Si tratta di oltre 27 milioni di persone vaccinate con almeno una dose, che rappresentano circa la metà della popolazione italiana 12+ anni. Ecco i principali risultati, ripresi dal testo del rapporto:

- Nel periodo di studio, l'incidenza giornaliera di diagnosi di Covid-19 passa da 1,2 per 10mila nei primi 14 giorni dopo la prima dose (periodo di riferimento paragonabile al rischio nei non vaccinati) a 0,6 per 10mila nei soggetti con un ciclo incompleto, a 0,3 per 10mila nei soggetti con ciclo vaccinale completo (riduzione del 75% rispetto ai vaccinati con una sola dose da meno di 14 giorni). Il rischio di diagnosi tra i vaccinati diminuisce progressivamente dopo le prime due settimane dalla somministrazione della prima dose, raggiungendo una riduzione superiore al 95%. A oltre 170 giorni dalla somministrazione della prima dose, il rischio di diagnosi resta ancora a valori molto bassi.
- Per quanto riguarda l'incidenza giornaliera di ricovero in persone vaccinate si riduce da 0,27 per 10mila nei primi 14 giorni dopo la prima dose a 0,09 per 10mila nelle persone con vaccinazione incompleta, fino a 0,03 per 10mila tra coloro con vaccinazione completa. Tra gli over 80enni nei primi 14 giorni dopo la prima dose di vaccino l'incidenza è pari a 0,70 per 10mila, rispetto a 0,05 per 10mila tra gli under 40enni, la differenza tra i due gruppi d'età si riduce notevolmente però se consideriamo le persone vaccinate con ciclo completo: 0,06 per 10mila tra 80+ vs 0,01 per 10mila tra under 40.
- L'incidenza giornaliera di decesso tra le persone vaccinate diminuisce da 0,08 per 10mila nei primi 14 giorni dopo la prima dose a 0,01 per 10mila tra coloro con vaccinazione completa. In quest'ultimo gruppo di vaccinati l'incidenza non differisce sostanzialmente per età, genere, area geografica, periodo di calendario e tipo di vaccino, rimanendo sempre sotto lo 0,02 per 10mila osservato tra gli over 80enni.
- Si conferma il beneficio della vaccinazione per tutte le fasce di età, per uomini e donne anche nel periodo più lungo di osservazione raggiungibile ad oggi (170 giorni).
- L'analisi stratificata per tipologia evidenzia per tutti i vaccini una riduzione del rischio di infezione, ricovero, ammissione in terapia intensiva e decesso già a partire dalla seconda settimana dopo la somministrazione della prima o unica dose; per i vaccini che prevedono due dosi si osserva una ulteriore riduzione del rischio dopo la somministrazione della seconda dose, senza mostrare perdita di efficacia nel tempo.

Dai documenti periodici pubblicati a cadenza settimanale da ISS, invece, è possibile estrarre la tabella con le stime di efficacia dei vaccini nel prevenire gli eventi presi in considerazione (tabella 4.3). L'analisi è condotta tra i contagiati da aprile a settembre 2021 e confronta i tassi di incidenza della popolazione vaccinata con ciclo completo (o incompleto) con quelli della popolazione non vaccinata, considerando il contagio, il ricovero (totale e in terapia intensiva) e il decesso come esito.

L'efficacia del ciclo di vaccinazione completo (trascorsi almeno 14 giorni dalla seconda dose o dall'unica dose nel caso di Janssen) è pari al 76,8% per il contagio, al 92,7% per il ricovero (95,1% per quello in terapia intensiva) e al 95,2% per il decesso. Oltre alla buona protezione offerta, l'altro dato positivo è la tenuta dell'efficacia all'aumentare dell'età.

Tabella 4.3. Stima efficacia vaccinale (con intervallo di confidenza al 95%) nella popolazione italiana d'età 12+ anni nei casi Covid-19 diagnosticati nel periodo 4 aprile - 19 settembre 2021 - Fonte: Rapporto Epidemia Covid-19, aggiornamento nazionale 22 settembre 2021

Esito	Fascia d'età	vaccinati ciclo incompleto vs non vaccinati	vaccinati ciclo completo vs non vaccinati
Contagio	12-39	48,7 (48,0-49,3)	70,9 (70,5-71,3)
	40-59	67,2 (66,8-67,7)	74,5 (74,2-74,8)
	60-79	77,3 (76,9-77,7)	81,6 (81,4-81,9)
	80+	59,5 (58,3-60,8)	86,0 (85,6-86,3)
	Totale	63,2 (62,9-63,5)	76,8 (76,7-77,0)
Ricoveri	12-39	82,3 (80,0-84,4)	88,7 (87,1-90,1)
	40-59	89,2 (88,2-90,1)	93,4 (92,8-93,9)
	60-79	87,4 (86,8-88,0)	93,4 (93,0-93,7)
	80+	71,8 (70,2-73,4)	92,4 (92,0-92,7)
	Totale	83,9 (83,4-84,4)	92,7 (92,5-92,9)
Ricoveri in Terapia Intensiva	12-39	92,2 (81,3-96,8)	95,6 (88,4-98,4)
	40-59	93,2 (90,4-95,2)	95,9 (94,4-97,0)
	60-79	91,5 (90,1-92,7)	95,5 (94,8-96,2)
	80+	78,3 (70,9-83,8)	92,7 (91,0-94,1)
	Totale	90,8 (89,6-91,8)	95,1 (94,5-95,6)
Decessi	12-39	non calcolabile per bassa numerosità	non calcolabile per bassa numerosità
	40-59	87,2 (81,3-91,3)	92,7 (89,2-95,1)
	60-79	89,9 (88,6-91,0)	95,4 (94,7-96,1)
	80+	77,5 (75,4-79,5)	95,4 (95,1-95,8)
	Totale	83,7 (82,5-84,8)	95,2 (94,9-95,5)

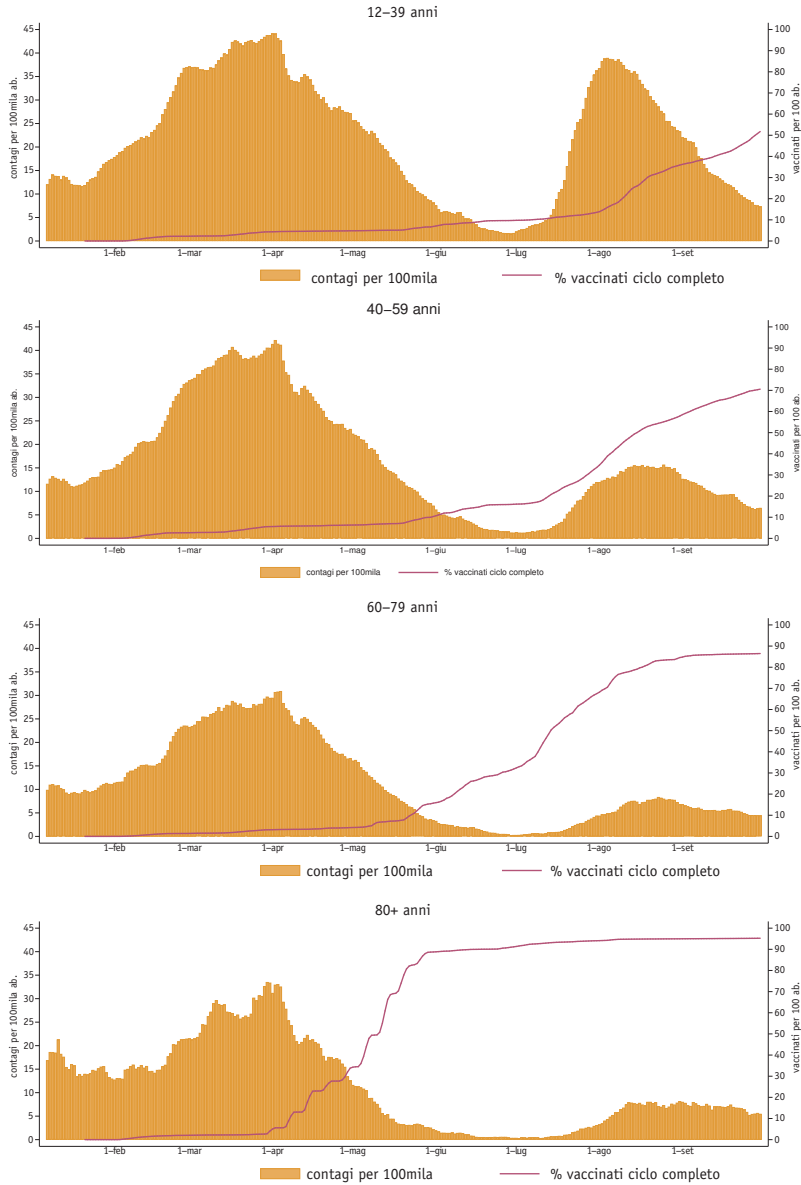
Il valore di efficacia equivale alla riduzione che il ciclo vaccinale (completo o incompleto) porta al rischio osservato nella popolazione non vaccinata, presa come riferimento, ricordando sempre che nessuno dei vaccini che sono adesso a disposizione riesce a coprire completamente dal rischio di infezione. Talvolta, invece, un'errata interpretazione può portare a ritenere che, ad esempio, a fronte di un'efficacia vaccinale del 90%, il 10% del totale dei vaccinati andrà in contro comunque all'esito, nonostante la vaccinazione. Questa interpretazione è sbagliata, perché la percentuale di vaccinati che andrà in contro all'esito dipenderà dal rischio nella popolazione generale. L'interpretazione corretta è invece quella che attribuisce alla vaccinazione la capacità di portare il rischio nella popolazione vaccinata su un valore che equivale al 10% di quello osservato nella popolazione di riferimento non vaccinata (una riduzione appunto del 90%). Se, ad esempio, il rischio di contagiarsi fosse pari al 3% tra i non vaccinati, tra i vaccinati la riduzione del 90% porterebbe ad avere un rischio pari allo 0,3%. Un altro aspetto fuorviante della lettura dei dati, chiamato "effetto paradosso", può essere quello di focalizzare l'attenzione sul numero di vaccinati tra i nuovi contagiati o i decessi e interpretare negativamente l'aumento di questo numero in termini percentuali. Questo indicatore è infatti

affetto da un bias di selezione, dovuto al fatto che con l'aumentare della percentuale di persone vaccinate nella popolazione generale, inevitabilmente aumenterà anche la percentuale di vaccinati tra i contagiati o i deceduti, per il semplice fatto che andranno via via ad esaurirsi le persone non vaccinate. Ciò che ci deve interessare, quindi, è in realtà l'incidenza della malattia tra vaccinati e non, e il confronto di queste misure.

Chiariti questi aspetti di interpretazione, possiamo adesso ad una prima analisi dei trend epidemici nella nostra regione, alla luce dei livelli di copertura vaccinale raggiunti nei diversi mesi, per fascia d'età. In particolare, per ogni fascia d'età, metteremo a confronto l'andamento dei contagi (incidenza per 100mila abitanti) e la percentuale di persone completamente vaccinate da almeno 14 giorni (figura 4.7).

Confrontando le due ondate del 2021 si nota che l'intensità della seconda è minore della prima in quelle fasce d'età che a inizio estate avevano già raggiunto una buona percentuale di popolazione vaccinata con ciclo completo. Il differenziale tra le due ondate sembra proprio aumentare in funzione dell'età, considerato che la campagna vaccinale, partita dai più anziani, si è estesa progressivamente alle fasce d'età più giovani. In particolare, tra gli under 40 le due curve raggiungono picchi praticamente uguali, essendo la parte di popolazione che ha avuto accesso alla vaccinazione solamente nei primi mesi estivi.

Figura 4.7. Casi positivi al SARS-CoV-2 giornalieri e popolazione vaccinata con ciclo completo, per classe d'età - Valori dei nuovi casi positivi ogni 100mila abitanti (media mobile a 7 giorni) e percentuale di vaccinati con ciclo completo da almeno 14 giorni - Toscana, periodo gennaio-settembre 2021 - Fonte: elaborazioni ARS su dati monitoraggio Protezione civile



Riportiamo in figura 4.8 e 4.9 gli andamenti dei tassi giornalieri di ricovero totali e in terapia intensiva (disponibili fino ad agosto 2021), affiancati alla curva dei vaccinati.

Figura 4.8. Ricoveri per Covid-19 giornalieri e popolazione vaccinata con ciclo completo, per classe d'età - Valori dei ricoveri ogni 100mila abitanti (media mobile a 7 giorni) e percentuale di vaccinati con ciclo completo da almeno 14 giorni - Toscana, periodo gennaio-agosto 2021 - Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso amministrativo SDO e monitoraggio Protezione civile

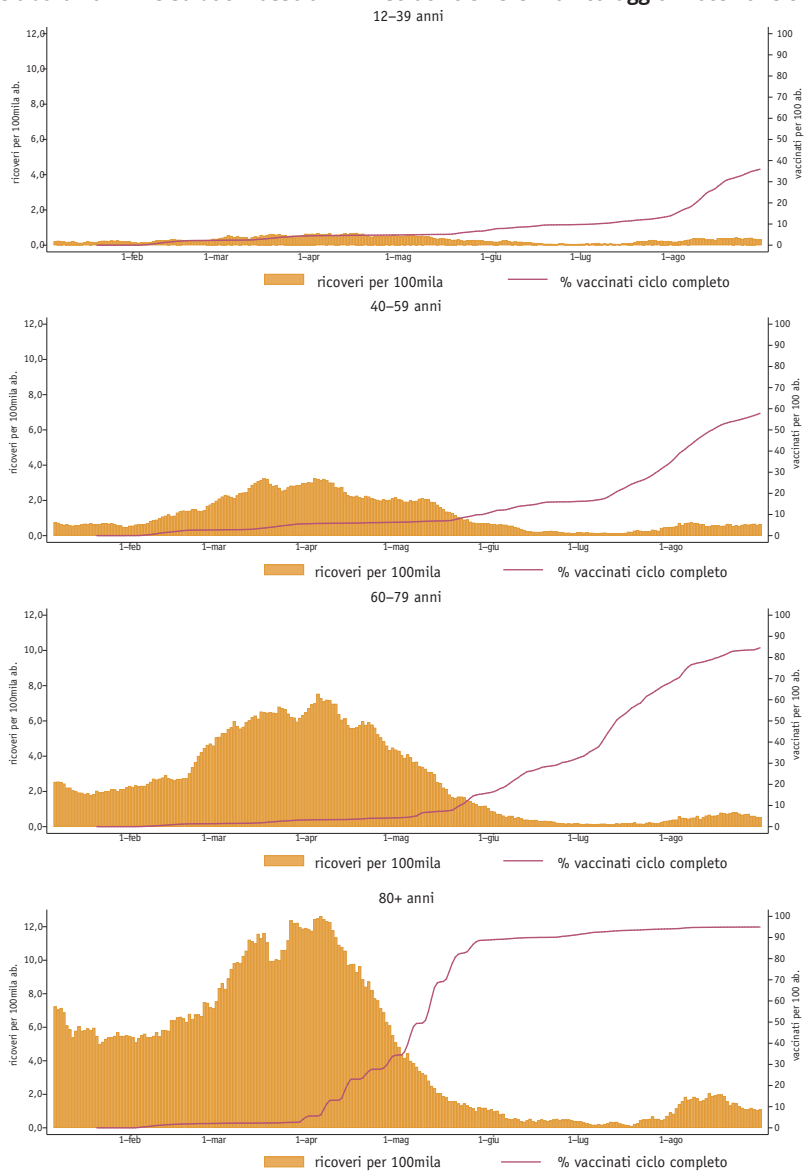
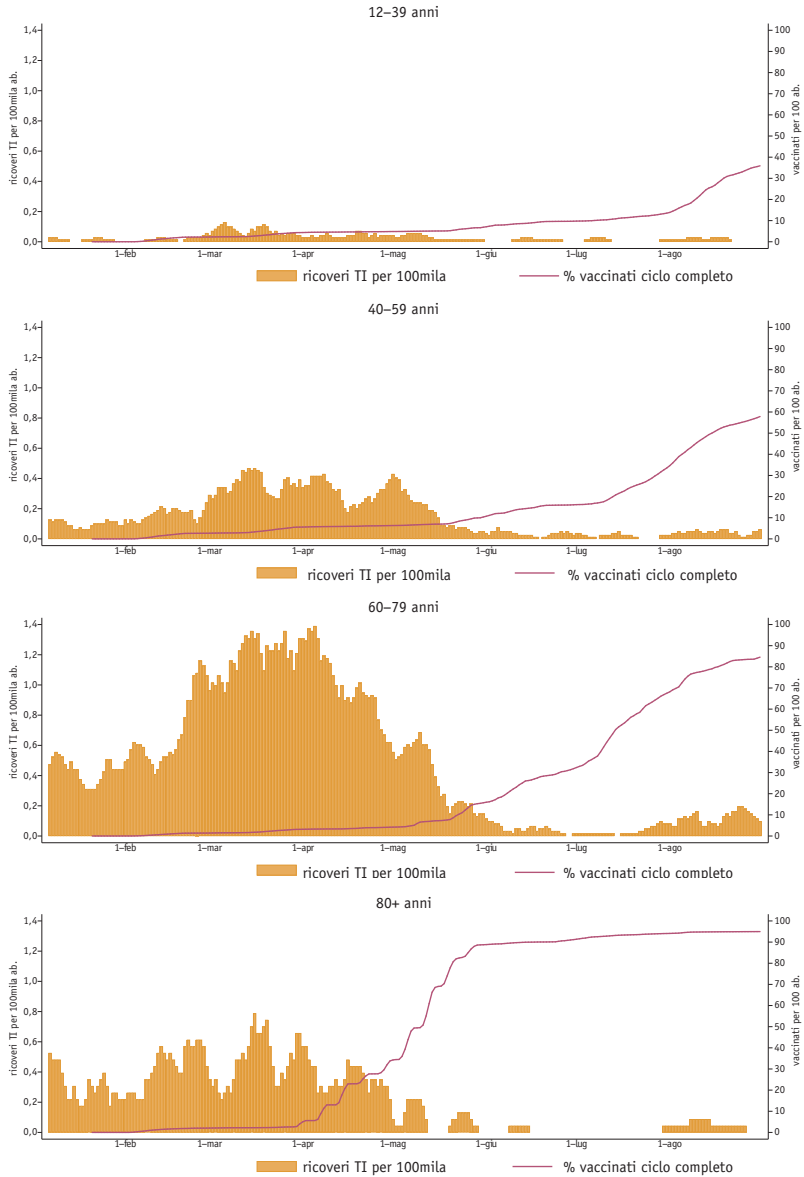
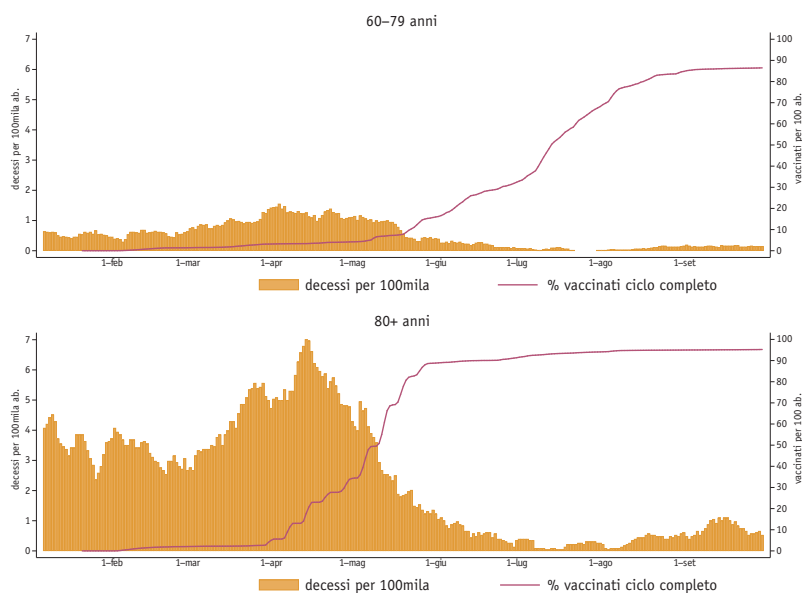


Figura 4.9. Ricoveri in terapia intensiva per Covid-19 giornalieri e popolazione vaccinata con ciclo completo, per classe d'età - Valori dei ricoveri in TI ogni 100mila abitanti (media mobile a 7 giorni) e percentuale di vaccinati con ciclo completo da almeno 14 giorni - Toscana, periodo gennaio-agosto 2021 - Fonte: elaborazioni ARS su dati flusso amministrativo SDO e monitoraggio Protezione civile



Infine, il confronto tra popolazione vaccinata e decessi per Covid-19 mostra molto chiaramente l'effetto protettivo dei vaccini. L'analisi è limitata alla popolazione over 60 perché al di sotto di tale soglia d'età, fortunatamente, i numeri risibili non consentono di ottenere dei trend. Vediamo in figura 4.10 come la curva disegnata dai decessi ogni 100mila abitanti subisca un forte livellamento verso lo zero in entrambe le fasce d'età. Gli over 80 mostrano una leggera risalita nella parte finale del periodo, che si mantiene comunque considerevolmente minore rispetto all'ondata di gennaio-maggio. Le cause potrebbero essere un'iniziale perdita di efficacia della vaccinazione (ipotesi sulla quale mancano ancora affidabili prove scientifiche), considerato che gli over 80 sono stati tra i primi a vaccinarsi e già nella primavera 2021 avevano completato il proprio ciclo vaccinale, oppure più probabilmente, sempre considerando l'elevata età dei soggetti e la complessità clinica che li contraddistingue, la leggera risalita potrebbe essere sostenuta da una quota di decessi non evitabili a causa di condizioni di salute pregresse ormai troppo compromesse.

Figura 4.10. Decessi per Covid-19 giornalieri e popolazione vaccinata con ciclo completo, per classe d'età - Valori dei deceduti ogni 100mila abitanti (media mobile a 7 giorni) e percentuale di vaccinati con ciclo completo da almeno 14 giorni - Toscana, periodo gennaio-settembre 2021 - Fonte: elaborazioni ARS su dati monitoraggio Protezione civile



Dopo aver analizzato i trend nella popolazione generale, veniamo infine alle stime di efficacia vaccinale che la campagna di vaccinazione toscana ha ottenuto nel periodo aprile-agosto 2021 (ci limitiamo ai contagiati al 31 agosto per avere una finestra temporale di osservazione sufficiente, dopo il contagio, a rilevare anche eventuali eventi di decesso).

Per il calcolo adotteremo lo stesso metodo descritto nei rapporti ISS, ovvero il confronto dei tassi di incidenza dei diversi eventi (contagio, ricovero e decesso) nelle popolazioni di

vaccinati completi (considerando chi ha ricevuto la seconda dose da almeno 14 giorni, o dose unica Janssen) e di non vaccinati (o vaccinati con prima dose da meno di 14 giorni). Le popolazioni utilizzate al denominatore sono state definite utilizzando i dati del monitoraggio della campagna vaccinale della protezione civile. Ad ogni data quindi sono state stimate le popolazioni di vaccinati e non, per fascia d'età. Il totale delle due popolazioni si modifica ogni giorno, in funzione dei passaggi dei residenti da uno status all'altro, in base all'andamento delle vaccinazioni. Gli eventi al numeratore per contagi e decessi sono stati estratti dalla banca dati Covid-19 ISS, che contiene l'informazione sullo status vaccinale del soggetto positivo. Gli eventi di ricovero ospedaliero sono stati invece estratti linkando il flusso delle schede di dimissione ospedaliera con quello delle vaccinazioni, tramite un identificativo unico anonimo associato ad ogni residente. Grazie all'integrazione delle due fonti è stato possibile dividere i ricoverati tra vaccinati e non.

Per ogni gruppo di popolazione sono quindi stati calcolati i tassi di incidenza durante il periodo aprile-agosto e l'efficacia vaccinale, espressione della riduzione del rischio tra i vaccinati rispetto ai non vaccinati. I tassi, e di conseguenza l'efficacia vaccinale, sono stati aggiustati per classe d'età decennale.

Venendo quindi ai risultati riportati in tabella 4.4, possiamo concludere che in Toscana l'efficacia dei vaccini attualmente in uso è la stessa stimata da ISS a livello italiano. Le poche differenze nelle stime puntuali possono dipendere da una minore precisione delle stime toscane, a causa ovviamente della minore numerosità della casistica osservata nella nostra regione, rispetto a tutta Italia.

Tabella 4.4. Stima efficacia vaccinale* nella popolazione toscana d'età 12+ anni nei casi Covid-19 diagnosticati nel periodo aprile-agosto 2021 e confronto con stime italiane (riportate in tabella 4.3) – Eventi totali nel periodo, tasso di incidenza giornaliero medio per 100mila, efficacia vaccinale in percentuale - Fonte: elaborazioni ARS su dati monitoraggio Protezione civile e banca dati Covid-19

Esito	Fascia d'età	Toscana				Efficacia vaccinale	Stime Italia (tabella 4.3 ISS)
		Vaccinati ciclo completo		Non vaccinati			
		Eventi nel periodo	Tasso x100mila giornaliero	Eventi nel periodo	Tasso x100mila giornaliero		
Contagio	12-39	638	5,00	16.714	14,28	65,0 (57,9-70,8)	70,9 (70,5-71,3)
	40-59	1.673	4,94	18.741	17,31	71,5 (67,2-75,2)	74,5 (74,2-74,8)
	60-79	1.340	3,03	8.752	16,05	81,1 (78,0-83,8)	81,6 (81,4-81,9)
	80+	1.507	4,20	1.752	24,83	83,1 (79,2-86,2)	86,0 (85,6-86,3)
	Totale	5.158	3,85	45.959	16,65	76,9 (74,7-78,9)	76,8 (76,7-77,0)
Ricoveri	12-39	2	0,01	337	0,37	97,0 (88,0-99,2)	88,7 (87,1-90,1)
	40-59	19	0,05	1.633	1,53	96,6 (94,5-97,8)	93,4 (92,8-93,9)
	60-79	75	0,17	2.151	4,13	95,9 (94,8-96,8)	93,4 (93,0-93,7)
	80+	246	0,69	828	11,62	94,1 (92,8-95,2)	92,4 (92,0-92,7)
	Totale	342	0,17	4.949	3,42	94,9 (94,1-95,6)	92,7 (92,5-92,9)
Ricoveri TI	12-39	0	0,00	2	0,03	n. c.	95,6 (88,4-98,4)
	40-59	1	0,00	19	0,17	98,5 (88,9-99,8)	95,9 (94,4-97,0)
	60-79	7	0,02	75	0,68	97,7 (95,2-98,9)	95,5 (94,8-96,2)
	80+	6	0,02	246	0,42	96,0 (90,7-98,3)	92,7 (91,0-94,1)
	Totale	14	0,01	591	0,31	97,4 (95,6-98,4)	95,1 (94,5-95,6)
Decessi	12-39	0	0,00	1	0,00	n. c.	n. c.
	40-59	1	0,00	51	0,05	94,9 (62,8-99,3)	92,7 (89,2-95,1)
	60-79	14	0,03	305	0,64	95,2 (91,5-97,2)	95,4 (94,7-96,1)
	80+	138	0,38	340	4,82	92,0 (89,2-94,1)	95,4 (95,1-95,8)
	Totale	153	0,07	697	0,90	92,6 (90,4-94,3)	95,2 (94,9-95,5)

*L'efficacia del vaccino è stimata usando il modello di Poisson, considerando il numero di eventi per giorno come variabile dipendente, lo stato vaccinale come variabile indipendente e le fasce di età decennali come variabile di aggiustamento. All'interno del modello è inserita come variabile offset il numero giornaliero di persone esposte per stato vaccinale e fascia anagrafica. Le stime stratificate per fascia d'età sono sempre aggiustate per classe d'età decennale nello strato. Attraverso questo modello è possibile stimare il rischio relativo (RR), rapporto fra l'incidenza dell'evento tra i vaccinati completi e tra i non vaccinati. Le stime di efficacia vaccinale in termini percentuali sono calcolate sulla base degli RR come $(1-RR) \times 100$. Più il valore è vicino a 100 e più alta è l'efficacia vaccinale (100 valore massimo possibile).

In conclusione, la campagna di vaccinazione attuata fino a questo momento ha prodotto ottimi risultati, proteggendo la popolazione dal contagio e dagli eventi più severi in termini di salute. Le stime di efficacia toscane sono in linea con quelle italiane. Rimangono aperte ipotesi riguardo alla durata della protezione offerta dai vaccini. Quando scriviamo questo documento, ad esempio, in Italia si sta somministrando una terza dose di vaccino alle persone immunodepresse in carico ai servizi sanitari. Al momento non abbiamo però una stima definitiva sulla

durata della protezione, saranno necessari i prossimi mesi per aggiornare le stime prodotte da ISS che si fermavano a luglio 2021, coprendo quindi al momento circa 7 mesi di osservazione per le persone vaccinate a gennaio.

L'impatto dell'emergenza Covid-19 sui Servizi sociali

M. De Luca, M. La Mastra (Regione Toscana)

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

La situazione che tutti i Servizi territoriali si sono trovati ad affrontare è stata caratterizzata da una evidente multi-dimensionalità: all'emergenza sanitaria si è infatti sovrapposta quasi immediatamente una grave situazione di crisi dal punto di vista economico e sociale, e il conseguente lockdown – riproposto in seguito con modalità variabili – ha evidenziato (e lo ha fatto in modo drammatico) non solo problemi irrisolti, ma vere e proprie contraddizioni del nostro modello di sviluppo, prima ancora che di welfare. La condizione di vulnerabilità di milioni di persone a rischio si è trasformata nell'arco di pochi mesi in uno stato di povertà, anche estrema, o le ha fatte precipitare nell'isolamento sociale, privi di reti e legami ai quali poter fare riferimento. Parliamo di individui nell'orbita dei servizi sociali: persone con disabilità, anziani fragili, marginalità sociali e *border line*; ma anche uomini e donne che hanno perso il lavoro a causa della chiusura delle attività, precari e soggetti con difficile ricollocabilità, per età o competenze, ed anche anziani sino a quel momento autosufficienti. Il coinvolgimento di cittadini che non si erano mai rivolti al sistema di assistenza ci ha fatto rendere conto – e lo ha fatto in modo drammatico – quanto sia incerta la condizione di benessere e gli altissimi costi (impliciti ed espliciti) che la nostra società richiede per poter essere pienamente soggetti di diritto. Ma non si tratta di un problema soltanto economico: la povertà ha quasi sempre una dimensione multidimensionale che sovente emerge nei percorsi di accompagnamento, punta di un iceberg di bisogni complessi e articolati.

Nelle Zone distrette, le azioni attivate per fronteggiare l'emergenza hanno visto il coinvolgimento e la partecipazione dei diversi attori sociali del territorio oltre a quelli istituzionali – in parte operanti proprio in ambito sociale a livello professionale (come numerose associazioni del Terzo settore), ma anche privati e singoli cittadini. Nella quasi totalità, i territori si sono organizzati concertando strategie e mettendo a disposizione le diverse risorse – economiche, umane, dotazioni – e possiamo ritenere che ciò sia stato possibile in virtù di un'esperienza

maturata negli anni relativa alla costruzione di reti sociali attraverso un approccio di tipo partecipativo alla *governance*. Reti che hanno permesso non solo di avvalersi – come detto – di risorse preziosissime, ma anche di aumentare l'efficacia degli interventi grazie alla loro capacità di interpretare in tempo reale i bisogni della popolazione, mutati in relazione all'evoluzione della pandemia sia nella forma che nelle priorità.

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

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

Ne è emerso un quadro nel complesso coerente, la cui analisi ha cercato di approfondire alcuni aspetti relativi agli assetti (tra tutti il livello di gestione degli stessi servizi socioassistenziali a livello di ambito), e alle variabili che possono aver avuto un ruolo determinante nelle strategie operative messe in campo. A tale scopo, ci siamo avvalsi anche dell'omologa rilevazione effettuata da ANCI a livello comunale, evidenziando elementi di coerenza e soprattutto di arricchimento sul piano informativo.

I Servizi sociali territoriali nel corso del primo lockdown: il livello zonale

Il questionario: nota metodologica

L'Osservatorio sociale regionale (in collaborazione con ANCI e Istituto degli Innocenti) ha condotto nel periodo giugno-agosto 2020 una indagine presso le 26 Zone distretto toscane (i cui servizi socioassistenziali sono gestiti attraverso la Società della Salute o apposita convenzione sociosanitaria) e 6 Unioni di Comuni, con l'obiettivo di valutare l'impatto della prima ondata Covid-19 sull'organizzazione e sulla gestione dei servizi sociali territoriali a

livello di ambito, in particolare nel corso della prima fase di lockdown (11 marzo - 3 maggio 2020). La rilevazione è avvenuta attraverso la somministrazione di un questionario indirizzato ai direttori delle Società della Salute (o della Zona sociosanitaria, ove non costituita) e ai servizi sociali delle Unioni dei Comuni.

La rilevazione è stata strutturata in quattro parti: la sezione 1 (rete e governance) ha indagato il coordinamento a livello di ambito e gli attori sociali coinvolti; la sezione 2 (gestione del personale del servizio sociale professionale) le modalità di organizzazione degli uffici; la sezione 3 (servizi erogati e modalità) i livelli quantitativi di fornitura delle prestazioni; la sezione 4 (risorse impiegate nel contrasto all'emergenza sanitaria) il dettaglio dei fondi utilizzati. L'obiettivo di fondo è stato quello di provare a ricostruire l'impatto complessivo delle restrizioni mirate al contenimento della pandemia nell'organizzazione dei servizi sociali e nell'erogazione delle prestazioni di competenza.

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

Rete e governance

Abbiamo chiesto quali sono stati i problemi riscontrati nell'applicazione della normativa nazionale e regionale che ha introdotto restrizioni ad alcuni servizi e, in alcuni casi, una gestione centralizzata dell'emergenza con l'obiettivo di contenere la pandemia; le risposte hanno visto prevalere tra le difficoltà riscontrate quella dell'adeguamento dei servizi erogati, anche a causa della proliferazione delle norme da applicare, molto spesso, in tempi molto rapidi. Viceversa, tra i vantaggi, quello di poter fare riferimento a linee di indirizzo condivise e, in subordine, alla possibilità di sperimentare soluzioni e modalità lavorative innovative. Riguardo le aree assistenziali e i servizi erogati che hanno maggiormente subito gli effetti delle restrizioni, i servizi sociali del territorio hanno trovato una prevalente convergenza sull'area disabili e anziani – anche a causa della chiusura delle strutture semi-residenziali – e sull'interruzione dei servizi alla persona. L'area “disabilità” (in 3 zone segnalata come accorpata a quella degli anziani/non autosufficienti) è stata indicata come quella che ha maggiormente sofferto le restrizioni imposte dalla legislazione nazionale e regionale, seguita da quella “minori e famiglie”.

Livello di governance

Una domanda fondamentale per ricostruire il livello di *governance* è stata quella relativa al coordinamento degli interventi per fronteggiare l'emergenza sanitaria sul piano sociale. Laddove i servizi sociosanitari della Zona distretto sono organizzati in forma di SDS, con

una sola eccezione, le attività svolte sono state coordinate per tutti i comuni dell'ambito. Nelle Zone distretto dove è operante la convenzione sociosanitaria, la condivisione a livello di ambito per tutti i comuni c'è stata solo nella metà dei casi, mentre nel 25% è avvenuta solo coinvolgendo un numero inferiore di amministrazioni. Complessivamente, in 20 Zone su 26 i Servizi sociali zonali hanno coordinato le attività svolte in tutti i comuni del territorio, 16 per tutti i servizi e 4 solo per alcuni; 3 zone hanno evidenziato una gestione condivisa dei servizi solo in alcuni comuni, e 3 zone non gestiscono i servizi a livello di ambito.

Le principali risposte in urgenza attivate

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

La gestione dell'istruttoria relativa ai buoni spesa

Uno degli approfondimenti ha riguardato la gestione dell'istruttoria relativa ai buoni spesa (ordinanza della Protezione civile n. 658 del 29/3/2020), e la sua eventuale condivisione a livello di ambito. L'organizzazione della zona in forma di SDS ha evidenziato una fisiologica ma significativa prevalenza nella gestione condivisa, anche se va evidenziato che in 4 territori organizzati in Società della Salute tali istruttorie non sono state condivise a livello di ambito, ma le amministrazioni comunali le hanno gestite in autonomia. Da sottolineare che tra i 18 enti che hanno condiviso la gestione dell'istruttoria relativa ai buoni spesa a livello zonale, in 11 casi il Servizio sociale professionale è stato coinvolto nell'intera procedura e che ha svolto un ruolo determinante anche negli altri casi: in 16 di tali enti il Servizio sociale professionale ha provveduto ad individuare i beneficiari, in 15 casi è stato coinvolto nella verifica dei requisiti e in 14 nell'erogazione dei buoni spesa, confermandosi snodo cruciale nel raccordo tra Istituzioni e cittadini.

Adozione di modalità di coordinamento a livello zonale nella gestione emergenziale

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

modalità di coordinamento immediata tra i comuni dell'ambito, va sottolineato che anche le altre Zone distretto hanno mostrato una significativa capacità di coordinamento, sia con la AUSL che con gli altri comuni, con la sanità ospedaliera, le Forze dell'ordine, e soprattutto con il Terzo settore (con cui il 100% ha dichiarato di avere avuto integrazione immediata da subito). Le Zone distretto organizzate in forma di SDS hanno utilizzato con maggiore frequenza la possibilità di aggiornare le convenzioni e/o i contratti con i gestori dei servizi residenziali e semi-residenziali rispetto a quelle gestite attraverso convenzione sociosanitaria (76% contro 66,7%, considerando le 3 zone che non gestiscono a livello di ambito), entrambe prevalentemente attraverso la revisione/integrazione dei contratti in essere e la rimodulazione delle attività.

Il coinvolgimento dei privati e del Terzo settore

Il ricorso al coinvolgimento dei privati e del Terzo settore nella gestione dell'emergenza è stato invece prevalente nelle Zone distretto i cui servizi non sono gestiti attraverso la SDS (75% vs 47%). Naturalmente la variabile principale di questo processo è proprio quella della presenza (e l'importanza in termini di servizi erogati anche nella gestione ordinaria) nei diversi territori del privato sociale, a prescindere dal modo in cui sono organizzati i servizi. Il coinvolgimento è avvenuto in oltre la metà dei casi attraverso lo strumento della convenzione (53,8%), seguita dagli accordi a livello di singolo comune (19,2%, specificamente in quelle zone in cui il servizio sociale è gestito in maniera associata dai comuni), dalle manifestazioni di interesse (15,4%) e dagli accordi di livello zonale (11,5%). Il fatto che circa la metà delle procedure siano state attivate ad hoc per la fase di emergenza e che per oltre il 60% di quelle già in vigore si sia provveduto ad aggiornamenti mirati, restituisce una testimonianza della proattività e dinamicità che i territori hanno avuto nel reagire alla straordinarietà del momento, ridisegnando in tempo reale i servizi e gli interventi. L'apporto del Terzo settore è consistito fondamentalmente nella distribuzione diretta di risorse, quali ad esempio pacchi alimentari, anche a domicilio, e dispositivi di sicurezza (nell'88% dei territori), nella funzione di ascolto, orientamento e invio ai servizi (69%), e nell'erogazione indiretta di risorse (62%), come ad esempio i buoni spesa. Decisamente rilevante anche l'apporto su un servizio fondamentale come quello dell'erogazione pasti (50%), soprattutto in considerazione dei bisogni delle fasce più deboli. Decisiva, infine, a livello strategico, la partecipazione alle cabine di regia (avvenuta nel 42% dei territori), che in un momento di emergenza ed eccezionalità rivestono un'importanza basilare per affrontare in maniera organizzata ed integrata la crisi, permettendo un ampliamento dell'offerta sociale sui territori.

Organizzazione del personale del servizio sociale professionale

Una domanda centrale di questa sezione del questionario ha riguardato le modalità di accesso al Servizio sociale professionale, sia sul territorio sia presso le strutture AUSL. 17 enti

hanno chiuso temporaneamente l'accesso al pubblico, 6 hanno ridotto gli orari, 7 solo su appuntamento. Gli operatori hanno prevalentemente alternato la presenza in ufficio con lo smart working, o, in misura minore, hanno continuato a lavorare in presenza. Meno diffuso il lavoro da remoto come soluzione unica; da rilevare la presenza di lavoratori in congedo straordinario a causa di condizioni di salute che li rendevano particolarmente vulnerabili.

Dislocazione del personale

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

Segretariato sociale

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

Contatto con l'utenza

L'organizzazione di modalità di contatto con l'utenza in grado di garantire la necessaria sicurezza dal punto di vista sanitario è stato naturalmente uno dei punti critici della riorganizzazione dei servizi. Il prevalente ricorso a strumenti da remoto (telefono ma anche videochiamate) non ha escluso che oltre 2/3 degli enti abbiano garantito interventi diretti per le situazioni in urgenza.

Tutela sanitaria

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

Formazione del personale

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

Servizi erogati e modalità

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

Area disabilità

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

Centri diurni

La chiusura dei centri e l'impossibilità di garantire gli altri servizi in presenza ha fatto sì che, secondo gli operatori dei servizi, l'utenza disabile sia quella che maggiormente ha subito gli effetti delle restrizioni dovute alla pandemia, con un carico assistenziale che inevitabilmente si è riversato sulle famiglie, alle quali comunque non si è fatto mancare un supporto. Infatti, dopo la chiusura dei centri diurni imposta dalla normativa nazionale, tra i Servizi territoriali di ambito sovracomunale che hanno risposto al questionario la quasi totalità ha offerto interventi alternativi all'utenza. Tali servizi alternativi hanno riguardato prevalentemente interventi a distanza (nella maggior parte dei casi monitoraggio telefonico e video-chiamate, ma anche assistenza educativa); tuttavia va evidenziato che ben 14 enti hanno continuato ad effettuare servizi domiciliari.

Educativa domiciliare

Una volta che è stata predisposta la chiusura dei centri, ha assunto particolare importanza il servizio di educativa domiciliare, che rappresenta una delle risposte ai bisogni dei nuclei familiari in situazione di fragilità, caratterizzata in particolare da una forte valenza psicologica per le necessità della persona disabile che vi appartiene. Abbiamo quindi chiesto se nella prima fase di lockdown, tale attività fosse stata sospesa all'interno dei Servizi sociosanitari territoriali erogati a livello aggregato. Dei 32 intervistati, 17 hanno dichiarato che il servizio è stato parzialmente garantito su richiesta delle famiglie, coinvolgendo in media circa 1/3 dell'utenza. Va segnalato inoltre che 2 enti hanno continuato ad erogare il servizio a livello zonale, dove il servizio è stato sospeso, solo in una non sono stati effettuati interventi alternativi, mentre nelle altre zone sono stati predisposti assistenza/educativa a distanza, monitoraggio telefonico e video-chiamate.

Educativa scolastica

La domanda indagava se, durante il periodo di chiusura delle scuole, i servizi sociali avessero effettuato interventi alternativi all'educativa scolastica, che prevede la realizzazione di interventi di assistenza nelle attività personali e interventi socioeducativi finalizzati all'autonomia dei soggetti con disabilità, alla socializzazione e integrazione in classe. Tra i 27 enti che hanno risposto, 19 hanno dichiarato di avere effettuato interventi alternativi in tutto il territorio di competenza, mentre 8 non li hanno organizzati. Rispetto ai 19 rispondenti che hanno attivato servizi alternativi all'assistenza educativa scolastica, 11 hanno dichiarato di aver implementato un servizio di assistenza educativa a distanza (che ha coinvolto oltre il 70% dell'utenza),

mentre 6 enti hanno attivato il supporto alla DAD (sempre in remoto); sono inoltre stati attivati altri servizi da remoto, attraverso video-chiamate (3 enti) o monitoraggio telefonico (2). Si sottolinea inoltre che due Zone hanno continuato a garantire servizi domiciliari. Le percentuali di utenza coinvolte sono significative: l'assistenza/interventi domiciliari (seppure svolta in sole due Zone) ha coinvolto circa 1/4 degli utenti, e le altre attività da remoto una porzione di poco inferiore alla totalità degli utenti in carico (teniamo presente che si tratta della media di stime indicative quantificate dai rispondenti).

Area anziani

Centri diurni

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

Inserimenti in RSA

Gli inserimenti permanenti in RSA sono stati sospesi nel 40,6% dei casi, o solo parzialmente garantiti in misura analoga; incrociando il dato con quello degli inserimenti di sollievo in RSA, si evidenzia una polarizzazione delle risposte da parte dei servizi: 12 hanno sospeso entrambe le prestazioni, 7 le hanno parzialmente garantite, 4 non hanno interrotto entrambe le tipologie di inserimento. Complessivamente 23 enti sui 32 rispondenti hanno operato scelte analoghe sia per gli inserimenti permanenti che di sollievo. Va rimarcato che 5 enti, anche alla luce delle normative che hanno previsto rigorose procedure di controllo all'accesso di nuovi ospiti, hanno deciso di non sospendere gli inserimenti permanenti in RSA.

Punto Insieme e UVM

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

Area minori

Centri diurni

Similmente a quanto avvenuto per l'area disabili e quella anziani, dopo la chiusura dei centri diurni, i servizi si sono attivati per fornire attività di supporto; va sottolineato che 12 degli enti rispondenti non gestiscono l'attività a livello di ambito, in 11 Zone (il 55% dei rispondenti) i servizi hanno dichiarato di avere effettuato attività integrative, prevalentemente in quelle gestite attraverso SDS (80%).

Educativa domiciliare

Così come le prestazioni relative alle aree analizzate, anche i servizi per minori hanno fortemente risentito dell'impatto delle misure di contenimento della pandemia. Notiamo però

che se 13 su 26 rispondenti (ricordiamo che 6 non gestiscono tale servizio) hanno sospeso l'educativa domiciliare, 12 l'hanno invece parzialmente garantita su richiesta delle famiglie, coinvolgendo circa la metà degli utenti (46,8%). Laddove è stata sospesa, è stato fornito un servizio alternativo a distanza (monitoraggio telefonico, videochiamate, educativa da remoto), riservandosi in caso di urgenza la possibilità di un intervento a domicilio.

Inserimento in struttura

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

Area violenza di genere

Alla domanda relativa alle richieste d'intervento pervenute nella fase di lockdown, il 50% ha risposto che si sono mantenute stabili, 1/4 che sono aumentate e 1/4 che sono diminuite, confermando che il fenomeno ha risentito anche di variabili diverse da quella delle misure di isolamento sociale. Riguardo la disponibilità di posti nelle strutture di accoglienza in seguito alle disposizioni relative al contenimento della pandemia, la variazione della casistica non è risultata determinante ai fini della loro valutazione: la prevalenza delle risposte che hanno confermato la disponibilità di spazi idonei (55,6%) è risultata trasversale rispetto alla variazione del numero di donne che sono state prese in carico, in quanto la necessità di reperire strutture è stata segnalata indipendentemente dall'aumento o dalla diminuzione della casistica. Possiamo interpretare questo dato alla luce della necessità della presenza di spazi dedicati che garantissero sicurezza sul piano sanitario; il problema è stato risolto, nella maggior parte dei casi nei quali si è verificata la necessità di utilizzare strutture "filtro" per l'espletamento della quarantena (75%), con il ricorso a convenzioni con strutture private. Infine, è risultato che i Centri antiviolenza hanno continuato ad operare anche nel corso delle restrizioni (in attuazione della delibera regionale 503 del 14 aprile 2020) anche se oltre la metà attraverso contatti da remoto (56%). Nel resto dei casi si è deciso di mantenere aperte le strutture all'accesso alternando contatti da remoto con accessi su prenotazione o riducendo gli orari di accesso (12%), mantenendo il contatto diretto con l'utenza applicando protocolli sanitari specifici (4%), anche riducendo gli orari di accesso (4%), comunque garantendo la continuità dei servizi erogati (8%).

Area migranti/richiedenti asilo

Su 32 enti rispondenti, 4 non gestiscono direttamente servizi per tale utenza, 22 non hanno registrato un incremento della domanda, mentre 6 hanno riscontrato un aumento di migranti/richiedenti asilo che si sono rivolti ai servizi sociali territoriali. La maggior parte non ha previsto misure specifiche per la loro gestione durante la pandemia, mentre 8 hanno fornito servizi ad hoc, come consegna DPI, effettuazione tamponi, implementazione sportelli informativi. Il 57% dei servizi che svolgono attività per l'inserimento sociale (apprendimento

lingua, formazione ecc.) le hanno rimodulate, prevalentemente riorganizzandole in remoto o sospendendole, mentre il 42,9% ha proseguito l'attività in corso senza apportare modifiche rispetto alla gestione ordinaria.

Multiutenza

In questa voce generica sono comprese le richieste relative alle diverse tipologie di utenza che potevano essere intercettate dai servizi sociali: quelle relative a servizi erogati (come i centri per anziani o per famiglie), ma soprattutto servizi specifici attivati in occasione della pandemia. Riguardo i centri per anziani e gli orti sociali (che in gran parte del territorio non sono organizzati a livello di ambito, ma presumibilmente a livello comunale), la quasi totalità di coloro che li gestiscono ha interrotto il servizio, eccetto in una Zona dove è stato erogato in continuità. I centri di ascolto per la famiglia (ove operanti: 18/32 rispondenti) hanno continuato ad operare, prevalentemente da remoto. I servizi dedicati all'emergenza, invece, hanno riguardato la fornitura a domicilio di alimenti o medicinali e il disbrigo pratiche, attivati rispettivamente da 25 e 11 tra i 32 enti rispondenti all'indagine, soprattutto per rispondere alle richieste di adulti vulnerabili, anziani fragili o soggetti in quarantena.

Criticità e prospettive

I problemi emersi hanno investito trasversalmente le aree di intervento, e hanno trovato maggiore convergenza in quelli alimentari e educativi. In riferimento alle "risorse umane", la metà degli intervistati ha riscontrato elementi di criticità relativamente alla mancanza di dispositivi di sicurezza per gli operatori, che soprattutto nella fase iniziale del primo lockdown ha creato diverse difficoltà; sono state segnalate, in misura minore, anche carenze di personale "di ruolo" strutturato, e una diffusa paura della malattia tra gli operatori. Riguardo le carenze strumentali, quelle tecnologiche sono state segnalate in modo prevalente, mentre la loro importanza è stata ribadita da coloro che se ne sono avvantaggiati con profitto. Circa le modalità di lavoro che potrebbero essere mantenute anche dopo la fine della pandemia, le riunioni (50%) e l'offerta di servizi (42,5%) sempre da remoto sono state indicate come modelli applicabili anche in futuro. Più cauto il giudizio sullo smart working, considerato positivamente dal 25% dei servizi rispondenti, ma con alcuni importanti distinguo relativi alla mansione lavorativa da svolgere.

Le risorse utilizzate per fare fronte all'emergenza

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

Conclusioni

I Servizi sociali hanno dato prova di saper reagire attraverso una straordinaria capacità di adattamento alla situazione e senza provocare eccessiva discontinuità con le prestazioni erogate

(che stavano contestualmente aumentando, oltre che necessitando di adattamento). È tuttavia difficile attribuire un peso alle diverse variabili che hanno maggiormente inciso sulla loro capacità di risposta alle esigenze dettate dall'emergenza sanitaria (assetto organizzativo, risorse proprie, dotazione di personale, presenza di Terzo settore, eccetera). Senza dubbio, laddove i Servizi di Zona distretto sono organizzati in forma associata attraverso la Società della salute, si è assistito a una più agile integrazione degli interventi a livello di ambito, favorendo la sinergia dei diversi attori in campo, istituzionali o meno (su tutti il Terzo settore). Ma anche laddove esiste una maggiore frammentazione sul piano gestionale, abbiamo rilevato una risposta che a prima vista non sembra dissimile a quella di territori apparentemente più organizzati per la progettazione e la realizzazione di interventi a livello sovra-comunale. Un'ipotesi plausibile è che ogni Zona distretto, nella sua diversità, abbia nel tempo consolidato la sua capacità di valorizzare le risorse presenti sul suo territorio, attivando collaborazioni strutturate con il Terzo settore (ma anche soggetti privati) e costruendo reti in grado di fare fronte anche a situazioni complesse come questa che stiamo vivendo. Si tratta, ripetiamo, solo di un'ipotesi, peraltro in linea con l'orientamento di razionalizzare in modo sempre più capillare la macchina amministrativa nel senso di una maggiore integrazione tra sociale e sanitario, così da sfruttare nel modo più efficace le peculiarità del territorio.

È inoltre presumibile che gli ambiti, in cui è consolidata una progettualità capace di coniugare l'erogazione di contributi economici con una prospettiva di attivazione e coinvolgimento dei beneficiari, siano stati più capaci (o lo abbiano fatto con minore fatica o in modo più rapido) di integrare le nuove misure legate all'emergenza, coinvolgendo i diversi attori sociali del territorio e gli stessi beneficiari in continuità con la loro azione di *governance*. Peraltro, è doveroso sottolineare che il monitoraggio che abbiamo effettuato non prevedeva una valutazione d'impatto delle prestazioni erogate (né avrebbe potuto farlo data la contestualità della crisi in corso): la valenza, per così dire, quantitativa di molte risposte – misurabile, ad esempio, nel fatto che un servizio sia stato sospeso oppure erogato in continuità o solo parzialmente – ci offre indicazioni altro che generiche sull'efficacia o sulla validità della strategia attuata (rende cioè apprezzabile la differenza tra fornire una prestazione o meno, ma non ci permette di andare oltre). Tuttavia, testimonia senz'altro una capacità di reazione che ci dice qualcosa di importante sulla qualità dei servizi sociali, specialmente in un momento complesso come questo.

L'indagine ai Comuni sulla gestione dei Servizi sociali durante la prima fase emergenziale

M. Betti, L. Caterino, G. Evangelista, S. Rodrigues (ANCI Toscana)

L'emergenza pandemica, e in particolare la prima fase temporale associata agli interventi di contenimento più severi – nella fattispecie, il cd. *lockdown* – ha comportato una situazione di forte carico sui Servizi sociali a causa dell'emergere di bisogni e categorie di utenti fino a quel momento poco o per niente intercettati. Il tutto, attraverso la necessità di sperimentare e innovare processi di servizio per far fronte alle misure di contenimento del virus attraverso il distanziamento fisico delle persone.

All'interno di questo quadro, i Comuni si sono trovati a giocare un ruolo fondamentale nell'organizzazione delle risposte sociali, vecchie e nuove, nella maggior parte dei casi attraverso le modalità associate di organizzazione e gestione dei servizi socioassistenziali (Società della salute, Unioni comunali, convenzioni AUSL), in altri su base comunale, fattispecie che ha riguardato soprattutto la distribuzione di pacchi alimentari e buoni spesa.

In parallelo rispetto all'indagine condotta dall'Osservatorio sociale regionale sulla gestione pandemica da parte dei Servizi sociali su base zonale, è stata così strutturata una rilevazione rivolta ai Comuni, che si è concentrata sugli effetti dell'emergenza Covid-19 e sul modo in cui i servizi hanno dato risposta a vecchie e nuove domande sociali, approfondendo quattro dimensioni:

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

Il campione individuato fornisce un'immagine rappresentativa dei diversi territori della regione per quanto concerne il dimensionamento demografico e il grado di urbanizzazione, pur nella consapevolezza che l'impatto dell'emergenza sanitaria ha avuto effetti e impatti fortemente diversificati, di cui la presente lettura riuscirà verosimilmente a coglierne con buona approssimazione i principali fenomeni. I risultati presentati fanno riferimento ad un campione di 36 Comuni, cui corrisponde il 34,1% della popolazione regionale¹.

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

Dei Comuni rispondenti all'indagine, 20 hanno una gestione integrata dei servizi attraverso la Società della salute, mentre negli altri 16 la gestione dei Servizi sociali (in parte o in altre forme più o meno prevalenti) avviene attraverso convenzioni con l'Azienda USL o mediante Unione di comuni. La gestione organizzativa diretta e singola dei Servizi sociali rappresenta una forma residuale e rivolta soprattutto a singoli strumenti assistenziali di natura perlopiù monetaria (p.e. contributi per l'affitto). Tali evidenze hanno quindi inciso sui modelli organizzativi della gestione emergenziale che, come conseguenza, hanno perlopiù confermato coordinamento e gestione di scala sovracomunale e zonale, in particolar modo in quei territori caratterizzati dalla presenza della Società della salute.

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

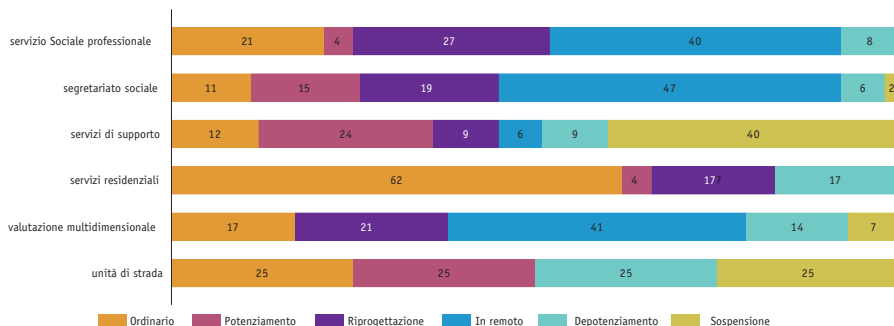
La riorganizzazione dei servizi e gli impatti dell'emergenza sui bisogni

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

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

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

Figura 6.1. Modalità di riorganizzazione dei servizi durante la fase emergenziale - Valori percentuali sul totale delle risposte valide - Toscana, anno 2020 - Fonte: Indagine sugli effetti della pandemia da Covid-19 nei Comuni, ANCI Toscana

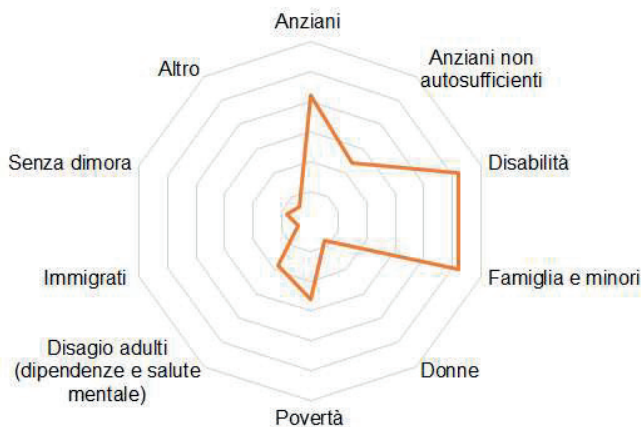


Tale riassetto, ha inevitabilmente acuito le difficoltà per alcune aree di utenti, in particolar modo le persone con disabilità e gli anziani (i quali hanno risentito soprattutto della parziale sospensione dei nuovi inserimenti residenziali e dei centri diurni, senza dimenticare il ‘peso’ del blocco delle visite dei familiari all’interno delle RSA); famiglie e minori, che di converso sono stati colpiti sia sul fronte economico attraverso l’interruzione di molte attività, che dalla sospensione delle attività scolastiche in presenza e dei centri di socializzazione; la riorganizzazione dei servizi ha poi impattato con maggiore intensità anche su alcune aree della marginalità degli adulti e dell’integrazione sociosanitaria, in particolare quelle legate alle povertà, all’immigrazione, alle dipendenze e alla salute mentale.

Rispetto al tema delle povertà e delle difficoltà vissute dalle famiglie, in questa indagine, ma non solo,³ si sottolinea l’emersione di nuove fragilità legate soprattutto all’impatto economico della pandemia: commercianti, partite Iva, lavoratori stagionali rappresentano quelle categorie spiazzate dal blocco delle attività e, allo stesso tempo, dalla mancanza di ammortizzatori sociali loro dedicati. A questo elemento, dirimente e che chiama in causa aspetti più ampi del sistema di welfare italiano, perlopiù categoriale e attrezzato per rispondere alle dinamiche del lavoro dipendente, si è aggiunta in alcuni casi anche la difficoltà di intercettare le nuove esigenze, a causa della scarsa conoscenza di tali canali di supporto o di elementi legati a vergogna e stigma sociale vissuti da parte delle categorie richiamate.

³ Si veda l’approfondimento *L’aumento delle disuguaglianze in tempo di pandemia* pubblicato su Welforum.it dall’Istituto di Ricerca Sociale <https://bit.ly/3lZ2OwQ>

Figura 6.2. Aree di utenza e bisogno maggiormente penalizzate dalla riorganizzazione dei servizi - Valori percentuali sul totale delle risposte valide - Toscana, anno 2020 - Fonte: Indagine sugli effetti della pandemia da Covid-19 nei Comuni, ANCI Toscana



Il successivo elemento di analisi riguarda i bisogni emersi a partire dal *lockdown* di marzo 2020, e dal conseguente blocco di molte attività economiche non legate a filiere e servizi essenziali che hanno prodotto una significativa riduzione – o annullamento totale – dei flussi di reddito per famiglie e imprese. Conseguentemente, i servizi si sono trovati a gestire una domanda legata soprattutto ai bisogni essenziali, come quelli alimentari e di sostegno al reddito, anche se sono stati segnalati bisogni strettamente consequenziali agli interventi previsti dai vari DPCM e ordinanze regionali, come il sostegno educativo e scolastico (particolarmente cogenti visto il blocco della didattica in presenza), i servizi domiciliari (si pensi, soprattutto, a quelli predisposti in sostituzione delle attività svolte nei Centri diurni per persone con disabilità e non autosufficienti) e le richieste di aiuto per casi di violenza domestica, uno degli ambiti considerati fin da subito a maggiore rischio in virtù delle misure di confinamento in casa.

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

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

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

Il coordinamento degli interventi

Il già richiamato rapporto sinergico con il Terzo settore che ha caratterizzato quasi ovunque l'organizzazione della risposta emergenziale volge in causa la capacità delle amministrazioni di coordinamento e regia dei diversi interventi, al fine di fornire una risposta unitaria e coerente. A tal proposito, circa l'89% del campione (32 Comuni) afferma che tale integrazione sia avvenuta immediatamente e in maniera naturale, sottolineando in alcuni casi la tempestività con cui il Terzo settore è stato in grado di mobilitare la propria base sociale: [...] *“per la consegna delle mascherine, in due ore abbiamo messo insieme 150 volontari”* (intervista referente comunale Servizi sociali).

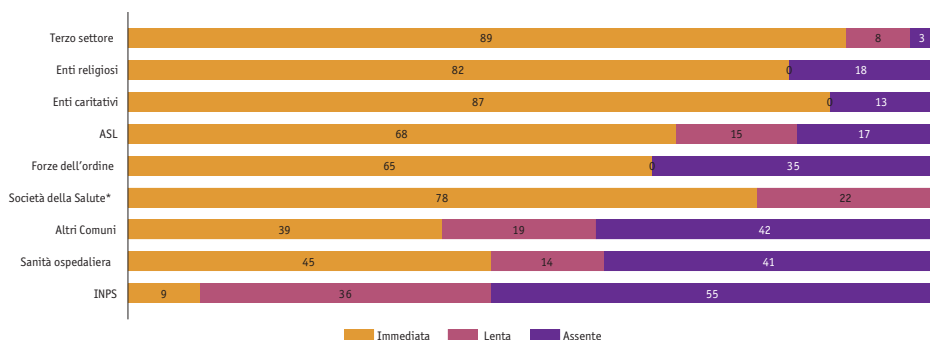
Il tema dell'integrazione degli interventi e tra i diversi enti chiamati ad attuarli è stata oggetto specifico di analisi all'interno dell'indagine, e i principali risultati confermano quanto già osservato nell'indagine zonale dell'Osservatorio sociale regionale. Come anticipato poco sopra, i Servizi sociali comunali hanno trovato immediata interlocuzione e collaborazione con i soggetti associativi e con gli enti caritativi e religiosi del territorio. Per quanto riguarda la gestione degli interventi di natura sociale e sociosanitaria, i Comuni caratterizzati da tale forma di gestione associata, evidenziano un'immediata integrazione con la Società della salute, anche se con qualche eccezione attribuita dai rispondenti alla contestuale fase emergenziale, che ha reso oggettivamente più complesse le modalità tradizionali di collaborazione e coordinamento. La collaborazione con altri Comuni ha invece riguardato essenzialmente lo scambio di informazioni relative alle pratiche organizzative e operative messe in campo.

L'integrazione con l'AUSL, anche con la sanità ospedaliera, non ha presentato particolari punti di criticità, riconoscendo i Comuni anche l'enorme carico che ha investito tali strutture dal punto di vista sanitario. Per i Comuni associati in Società della salute tale relazione è stata vissuta all'interno di tale modalità di *governance*.

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

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

Figura 6.3. Integrazione tra Enti/Istituzioni per attivare risposte e misure integrate - Valori percentuali - Toscana, anno 2020 - Fonte: Indagine sugli effetti della pandemia da Covid-19 nei Comuni, ANCI Toscana



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

L'autovalutazione dei modelli di risposta all'emergenza

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

Il giudizio che complessivamente emerge dai rispondenti rispetto a quanto si è potuto, e saputo, fare durante l'emergenza è sostanzialmente positivo, pur non mancando la sottolineatura di fattori che hanno rallentato o ostacolato alcuni interventi, come la carenza strutturale di personale, la scarsa dotazione di attrezzature informatiche, o ancora la farraginosità di alcune procedure che hanno provocato un appesantimento di percorsi che – tanto più in una fase di emergenza – necessitavano di essere snelliti, consentendo di arrivare tempestivamente a raccogliere le istanze dei cittadini.

Un altro aspetto rilevante riguarda la dimensione organizzativa. La riorganizzazione dei servizi, le criticità dei soggetti più deboli e l'emergere di nuove fragilità, in un contesto di crisi sanitaria prima ed economica poi, hanno inevitabilmente condizionato la qualità del lavoro degli operatori dei servizi. Tuttavia, sebbene soltanto 9 Comuni non abbiano segnalato situazioni di stress psicologico, nella maggior parte dei casi non è stata promossa nessuna risposta pubblica, mentre 7 Enti locali hanno visto l'attivazione di forme di supporto. Nonostante ciò, l'analisi conferma l'assenza di un legame tra stress e qualità delle risposte assistenziali, la percezione delle comuni difficoltà e la consapevolezza dell'importanza delle attività messe in campo sembrano bilanciare le criticità organizzative: *“C'è stata molta attivazione e riconoscimento sociale. [...] il gruppo è unito nello stesso luogo di lavoro, e questo ha sedimentato le dinamiche di*

gruppo” e ancora: “Quasi tutti gli operatori che potevano sono rimasti in servizio in presenza, lo stress era alto, ma si è fronteggiato con il lavoro di squadra”.

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

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

Scendendo nel dettaglio, per quanto concerne la dimensione delle “risorse umane”, le criticità principali hanno riguardato la carenza di personale strutturato (in 22 Comuni), la mancanza di dispositivi di sicurezza (19) ed episodi di “paura della malattia” (18). Spostando l’attenzione sugli aspetti amministrativi, come anticipato, la principale difficoltà ha riguardato le procedure gestionali legate all’utilizzo dei fondi di emergenza nazionali (14) e il coordinamento e le risposte integrate con altri soggetti istituzionali (14) mentre per quanto concerne gli aspetti tecnologici, le principali difficoltà hanno riguardato l’attivazione di postazioni di smart working, per la mancanza di PC e collegamenti internet (22), e l’attivazione di linee telefoniche dedicate per fronteggiare l’emergenza (12).

Gli apprendimenti per il post-pandemia

L’ultima parte dell’indagine è stata dedicata alle considerazioni sulle linee di riassetto del sistema in fase post-emergenza, alla luce degli apprendimenti e della prassi elaborate durante la fase di gestione emergenziale. In altre parole, l’obiettivo è stato quello di comprendere quanto il carico assistenziale e le tensioni portate dagli effetti della gestione dell’emergenza Covid-19 abbiano portato i servizi su modalità organizzative e di erogazione degli interventi differenti, azzarderemmo dire più efficaci, che possono utilmente essere messe a sistema anche nella fase post-pandemica.

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

Emerge infatti un *patchwork* di interventi, strategie e relazioni che confermano la vitalità dei territori.

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

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

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

- la povertà e la disuguaglianza, che si concretizzano nell’emergenza abitativa, nelle difficoltà economiche, nella precarietà dell’occupazione, nell’inserimento lavorativo, nei tirocini sociali, e che oltre ai soggetti tradizionalmente più deboli (pensiamo ad esempio ai senza dimora e ai migranti) colpiscono nuove fasce della popolazione, come i lavoratori stagionali, i lavoratori autonomi e del commercio. Questo richiede anche un differente sistema di monitoraggio dei dati e nuovi indicatori, per cogliere dimensioni latenti. La sospensione e/o revoca di strumenti quali il blocco degli sfratti e dei licenziamenti rappresentano una variabile sotto stretta osservazione da parte dei servizi, perché a partire da ciò potrebbe verificarsi una forte ascesa di richieste relative al sostegno economico;
- il sostegno socioeducativo ai bambini e i servizi scolastici;
- il sostegno psicologico;
- la questione delle vittime di violenza domestica, acuita dal lockdown e dalla riduzione degli incontri in presenza con gli operatori;
- la prevenzione personalizzata.

In sintesi, possiamo mettere in evidenza alcuni spunti e indicazioni emerse dall’indagine, utili per riorganizzare i servizi nel post-emergenza e per renderli maggiormente resilienti rispetto a eventuali ulteriori shock di portata analoga:

- Mettere a sistema lo spontaneismo, provando a definire percorsi organizzati in grado di leggere e interpretare debolezze organizzative e/o relative alla rilevazione dei bisogni,

fornendo risposte innovative e – dove serva – di rottura di routine professionali inefficaci. Laddove la gestione emergenziale è stata utile per costruire o rafforzare le collaborazioni con il Terzo settore, occorre lavorare e investire su tale relazione, che ha restituito efficacia flessibilità e tempestività ai servizi.

- Agire sugli aspetti motivazionali e, in generale, sul riconoscimento sociale degli operatori. È, questo, un aspetto che non ha tanto (o solo) a che fare con gli aspetti economici, quanto piuttosto sul riconoscimento del profilo di competenze delle professioni sociali, del ruolo e delle difficoltà ad esse connesse. Se è vero che medici e infermieri hanno rappresentato il ‘volto’ dei tanti che hanno affrontato l’emergenza sanitaria, certamente non è stata riconosciuta pari (o comunque, adeguata) visibilità a tutte quelle professioni del sociale che hanno invece lavorato – e che dovranno continuare a farlo ancora a lungo, si crede – per fronteggiare gli impatti di natura sociale, economica, sociale, psicologica, ecc. su famiglie e individui.
- Mettere a sistema pratiche operative e interventi strutturati attraverso il ricorso a strumenti informatici, laddove questi rappresentino una efficace integrazione ad altri strumenti basati su sportello/presenza.
- Definire una serie di indicatori per cogliere le nuove criticità, siano esse psicologiche, economiche o relazionali. In altre parole, occorre che i servizi siano in grado di cogliere le difficoltà latenti della propria comunità, nuove categorie di bisogno o diverse fasce di utenza che in precedenza non si erano mai rivolte ai servizi perché non avevano mai vissuto una condizione di vulnerabilità. Un approccio rivolto alla prevenzione, e non soltanto più di tipo curativo-riparativo, rappresenta – oltre a quelle richiamate in precedenza – una delle principali sfide che i sistemi territoriali di servizio dovranno essere in grado di cogliere già dal futuro più prossimo.

L'indagine alla popolazione italiana rispetto alla soddisfazione sui Servizi sanitari regionali

P. Cantarelli, A. Da Ros (Scuola superiore Sant'Anna)

Introduzione

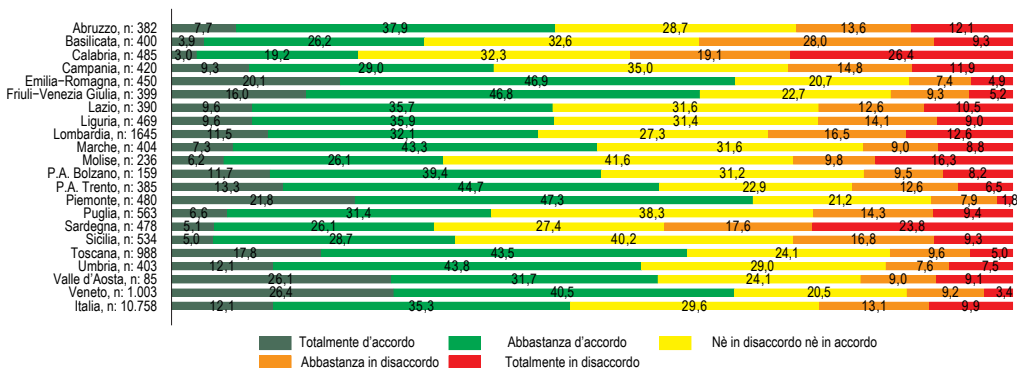
La valutazione della percezione dei pazienti in relazione all'utilizzo dei Servizi sanitari durante la pandemia da Covid-19 è un utile strumento che va utilizzato ad integrazione dei dati provenienti da monitoraggi più focalizzati sul funzionamento dei servizi stessi. È molto importante incrociare i dati con i comportamenti della popolazione in quanto si è ad esempio vista una riduzione dell'accesso ai servizi imputabile alla scelta dei cittadini stessi piuttosto che alla mancata offerta dei servizi. A questo scopo, il Laboratorio MeS ha sviluppato un progetto volto a: (i) misurare la soddisfazione per i servizi sanitari durante l'emergenza sanitaria da Covid-19; (ii) analizzare la variabilità di soddisfazione ed esperienza riportata da diversi gruppi di utenti intervistati, quelli che sono stati a contatto diretto con il Covid-19 e quelli che non lo sono stati; (iii) osservare l'accesso ai servizi dichiarato dalla popolazione nel 2020; e (iv) approfondire la variabilità regionale, facendo emergere contesti da cui prendere spunto per le buone pratiche adottate. Complessivamente, il progetto fornisce uno strumento ed evidenze utili per migliorare l'offerta sanitaria e di conseguenza la percezione dei cittadini rispetto ai servizi sanitari a cui hanno accesso e, più in generale, le politiche sanitarie che sono multidimensionali per natura.

Il progetto ha previsto la somministrazione di un questionario online che ha coinvolto 12.322 maggiorenni residenti in tutte le regioni italiane. Il questionario ha prediletto l'uso di metodologie osservative, chiedendo ai partecipanti di esprimere il loro grado di accordo rispetto ad una serie di affermazioni, in una scala Likert i cui estremi rappresentano forte disaccordo e forte accordo. La raccolta dati è avvenuta tra il 22 dicembre 2020 ed il 28 gennaio 2021. Questa finestra temporale ha fornito un ambiente unico per rispondere alle domande d'interesse per la ricerca. Infatti, se da un lato le contingenze storiche hanno reso il questionario simultaneamente realistico, tangibile e rilevante, d'altra parte l'indagine offre una fotografia che può essere utilizzata in modo comparativo nello studio dei medesimi fenomeni in situazioni relativamente meno emergenziali.

Risultati

La soddisfazione della popolazione per i Servizi sanitari durante la pandemia. A livello nazionale si arriva ad avere quasi la metà di cittadini (47,5%) totalmente d'accordo o comunque soddisfatti del servizio. C'è poi un 29,6% di popolazione che esprime una valutazione intermedia e il rimanente 23% è insoddisfatto, in particolare il 9,9% lo è in modo totale. La figura 7.1 riporta le risposte disaggregate per regione. In regione Toscana, i soddisfatti dei Servizi sanitari ricevuti durante la pandemia ammontano a circa il 61%, mentre gli insoddisfatti a circa il 15%.

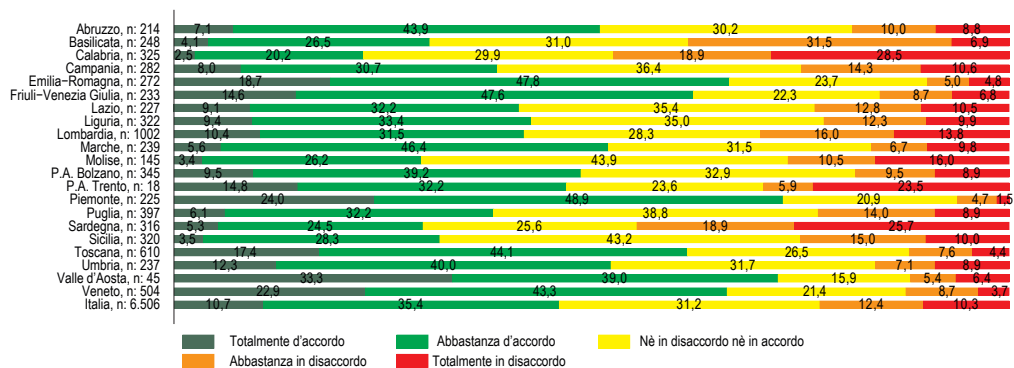
Figura 7.1. Soddisfazione verso l'assistenza ricevuta dal Servizio sanitario durante la pandemia - Valori percentuali - Regioni e Italia, anno 2020 - Fonte: Laboratorio MeS



*Molise, P.A. Bolzano e Valle d'Aosta hanno una numerosità delle risposte inferiore a quella attesa e desiderata

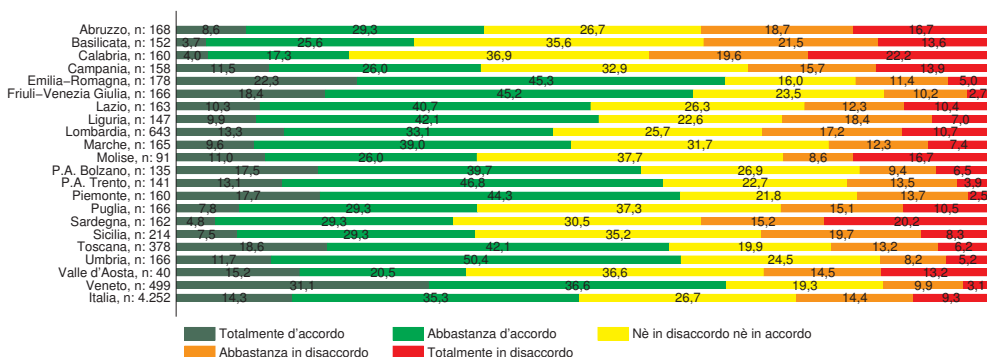
La soddisfazione per i Servizi sanitari durante la pandemia: popolazione che ha avuto un contatto con il Covid-19 versus popolazione che non ha avuto contatto con il Covid-19. L'utenza indagata può essere divisa in due grandi gruppi: i cittadini che hanno avuto un contatto con il Covid-19 e di conseguenza un confronto con i Servizi sanitari e i cittadini che non hanno avuto un contatto con il Servizio sanitario dovuto al Covid-19. Mentre a livello nazionale l'utenza che non ha avuto un contatto con il Covid-19 ha una soddisfazione inferiore rispetto alla controparte della popolazione, che ha avuto un contatto con il Covid-19, il trend di regione Toscana sembra andare in direzione opposta, seppure i soddisfatti siano la maggioranza in entrambi i gruppi.

Figura 7.2. Soddisfazione verso l'assistenza ricevuta dal Servizio sanitario della propria regione durante la pandemia tra le persone che NON hanno avuto un contatto con il Covid-19 - Valori percentuali - Regioni e Italia, anno 2020 - Fonte: Laboratorio MeS



*Molise, P.A. Bolzano e Valle d'Aosta hanno una numerosità delle risposte inferiore a quella attesa e desiderata

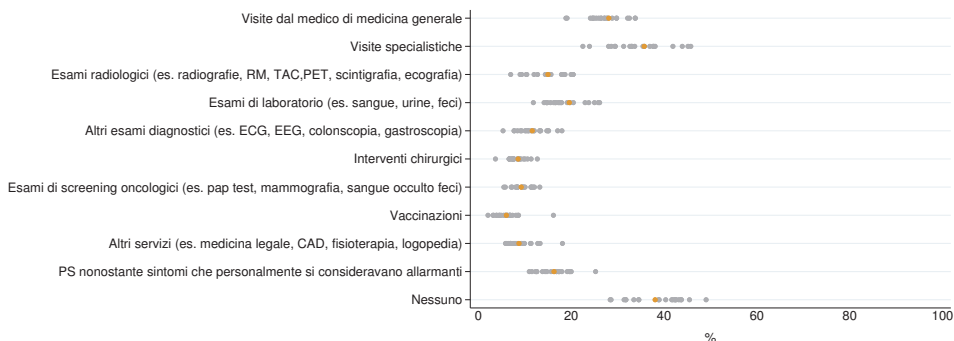
Figura 7.3. Soddisfazione verso l'assistenza ricevuta dal Servizio sanitario della propria regione durante la pandemia – persone che HANNO avuto un contatto con il Covid-19 – Valori percentuali – Regioni e Italia, anno 2020 – Fonte: Laboratorio MeS



*Molise, P.A. Bolzano e Valle d'Aosta hanno una numerosità delle risposte inferiore a quella attesa e desiderata

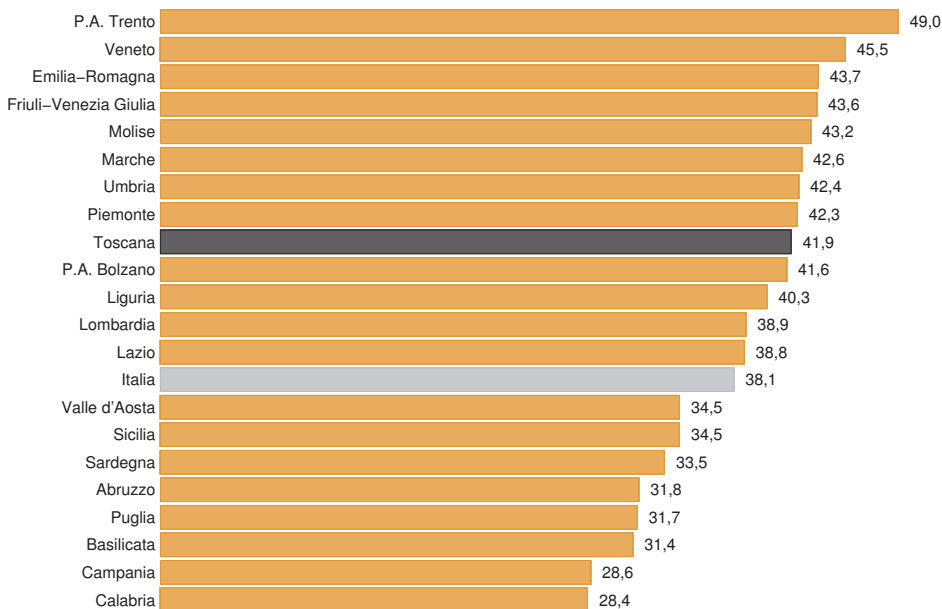
Utilizzo dei servizi sanitari: servizi di cui i cittadini hanno evitato di usufruire. Un altro aspetto indagato nel questionario che può aiutare i Servizi sanitari a comprendere il comportamento dichiarato della popolazione, anche per future emergenze, è quello relativo alla scelta del cittadino di usufruire o meno dei Servizi sanitari. Questi dati mettono in luce il non ricorso ai Servizi sanitari nonostante la percezione di bisogno. Il pallino arancione nella figura seguente indica la media nazionale, mentre i pallini grigi rappresentano la distribuzione dei valori regionali. La misura della popolazione che non ha usufruito dei servizi pur avendone bisogno è il 28% per le visite dal medico di medicina generale, il 35% per le visite specialistiche, il 15% per esami radiologici ed il 19% per esami di laboratorio. Più limitato il mancato ricorso ad esami diagnostici, interventi chirurgici, *screening* oncologici, e vaccinazioni, inferiori generalmente al 10%. Il 16% dichiara di non essere andato in Pronto soccorso pur avendone bisogno. Infine, a livello italiano, il 38% dichiara di non aver avuto problemi nell'accedere ai servizi sanitari.

Figura 7.4. Servizi sanitari di cui ha evitato di usufruire nel 2020 pur avendone bisogno – Valori percentuali (in arancione il valore medio nazionale, in grigio la dispersione dei valori regionali) – Regioni e Italia, anno 2020 – Fonte: Laboratorio MeS



Il grafico a barre in figura 7.5 mostra la percentuale di rispondenti che ha dichiarato di non aver evitato di usufruire di servizi sanitari nel 2020, per regione di residenza. La media nazionale si attesta al 38,1% quella toscana è migliore e raggiunge il 41,9%.

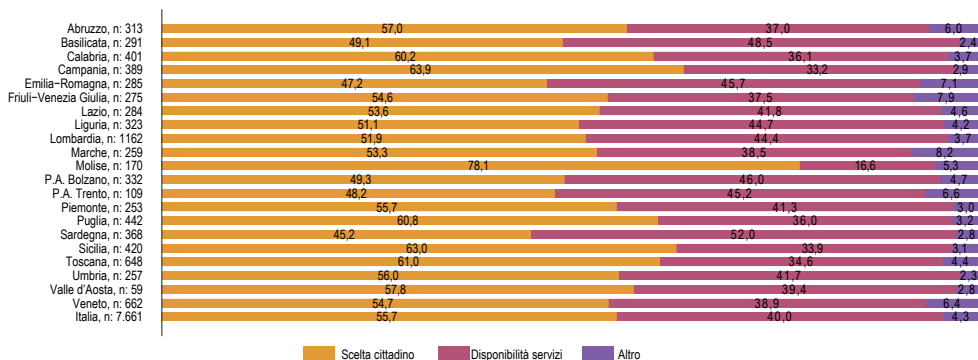
Figura 7.5. Rispondenti che dichiarano di non aver evitato di usufruire di Servizi sanitari durante la pandemia – Valori percentuali – Regioni e Italia, anno 2020 – Fonte: Laboratorio MeS



*Molise, P.A. Bolzano e Valle d’Aosta hanno una numerosità delle risposte inferiore a quella attesa e desiderata

Ragioni del mancato utilizzo di servizi sanitari durante la pandemia. La ragione principale per cui i cittadini non hanno usufruito dei Servizi sanitari è imputabile, per oltre il 50% dei casi (55,7% di media nazionale e 60,9% in regione Toscana), ad una scelta dei cittadini stessi e non per una mancanza di servizi riconducibile al Sistema sanitario. Il periodo di pandemia pare infatti aver cambiato i comportamenti dei cittadini che hanno probabilmente ritenuto prudente rimandare alcune prestazioni sanitarie. La riduzione dei servizi erogati, in tal senso, non è stata un problema imputabile solamente alla riduzione dell'offerta sanitaria, ma può essere spiegata anche alla luce della riduzione della domanda.

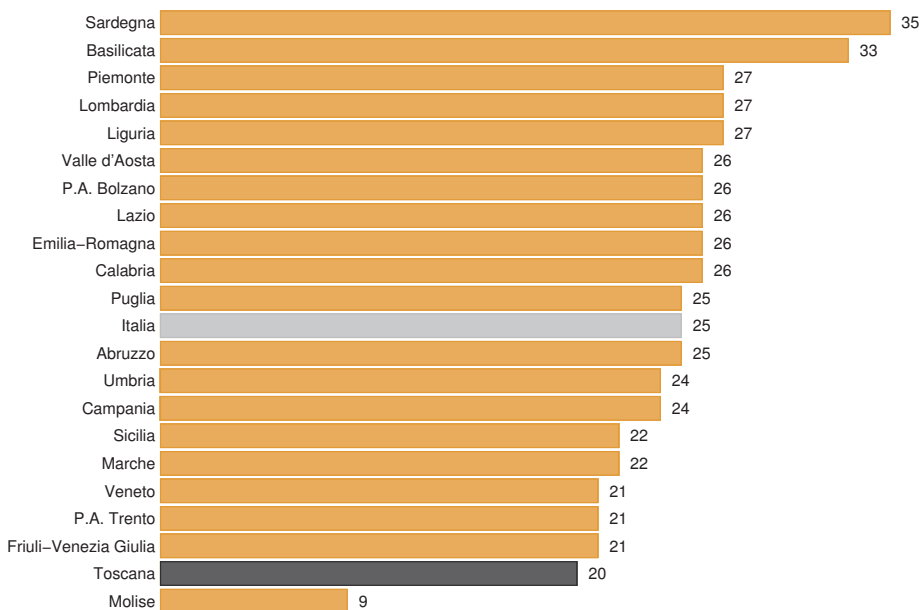
Figura 7.6. Ragioni del mancato utilizzo di Servizi sanitari nel 2020 pur in presenza di bisogno percepito - Valori percentuali - Regioni e Italia, anno 2020 - Fonte: Laboratorio MeS



*Molise, P.A. Bolzano e Valle d'Aosta hanno una numerosità delle risposte inferiore a quella attesa e desiderata

Combinando i dati relativi al mancato utilizzo dei Servizi sanitari con quelli relativi alle ragioni che hanno spinto a tale scelta, è possibile affermare che un cittadino su quattro a livello nazionale ed un cittadino su cinque in Toscana non ha usufruito dei Servizi sanitari nel 2020 per indisponibilità dei servizi.

Figura 7.7. Popolazione che non ha usufruito del Servizio, pur avendone bisogno, per indisponibilità – Valori percentuali – Regioni e Italia, anno 2020 – Fonte: Laboratorio MeS



**Molise, P.A. Bolzano e Valle d'Aosta hanno una numerosità delle risposte inferiore a quella attesa e desiderata*

Conclusioni

Lo studio descritto nel presente documento segnala una sostanziale tenuta dei Sistemi sanitari rispetto alla soddisfazione da parte della popolazione italiana riguardo ai Servizi sanitari erogati in epoca di pandemia. In particolare, la soddisfazione degli utenti del Servizio sanitario della Toscana è più alta della media nazionale. Chi ha contratto l'infezione da Covid-19 si dichiara più soddisfatto del servizio ricevuto rispetto a chi non è stato contagiato. Questo è evidente in Toscana, dove gli utenti che hanno avuto un contatto con il Covid-19 sono dell'11% più soddisfatti della media italiana. Andamenti sovrapponibili a quelli appena descritti si riscontrano anche tra i cittadini che non hanno avuto contatti con il Covid-19. Inoltre, emerge come, per oltre il 50% dei casi, la riduzione degli accessi ai Servizi sanitari sia imputabile alla riduzione della domanda e non prettamente ad una riduzione dell'offerta. Guardando poi al dettaglio regionale toscano, la percentuale sale al 61%. Questo risultato lascia spazio a future riflessioni e linee di ricerca nell'ambito dell'*over* medicalizzazione e dell'*over* diagnosi, di cui la disponibilità d'accesso ai Servizi sanitari potrebbe essere fattore contribuyente. In tal senso la finestra di opportunità ed innovazione aperta dalla pandemia potrebbe incentivare i decisori a pensare a strategie per ridurre l'erogazione di prestazioni a basso impatto di valore di cura e specularmente, sollecitati da questo esperimento naturale messo in atto dalla pandemia da

Covid-19, a porre attenzione ai bisogni più urgenti dei cittadini che non sono stati presi in carico e che potrebbero aver creato una presa in carico ritardata con conseguenti inconvenienti per il paziente ed inefficienze per il Servizio sanitario stesso.

Un'ultima considerazione riguarda l'accesso ai Servizi sanitari da parte della popolazione durante la pandemia. Circa un italiano su quattro non accede ai Servizi di cui pensa di aver bisogno a causa dell'indisponibilità del Servizio e circa un italiano su quattro dichiara di aver evitato di accedervi. In Toscana i dati sono migliori della media. Infatti, il dato percentuale della popolazione che dichiara di non aver usufruito del Servizio sanitario, pur avendone bisogno, per indisponibilità dello stesso, è di cinque punti percentuali inferiore della media italiana. Similmente, la popolazione toscana dichiara di aver evitato di usufruire dei Servizi sanitari durante la pandemia in percentuale minore della media dei connazionali. Complessivamente ne deriva quindi che nel primo caso, anche in relazione alla variabilità regionale, è necessario comprendere come mantenere attivo l'accesso al servizio, nel secondo caso è auspicabile promuovere campagne di comunicazione volte a segnalare alla popolazione quando bisogna non sottostimare alcuni sintomi.

La risposta dell'utenza ospedaliera: esperienza e percezione della qualità da parte dei pazienti ricoverati in Toscana di fronte alla pandemia

M. Bonciani, I. Corazza, S. De Rosis, E. Peruzzo (Scuola superiore Sant'Anna)

Il Sistema sanitario toscano è storicamente orientato alla partecipazione del cittadino nella valutazione della qualità dei servizi erogati. L'ascolto costante della voce dei pazienti ed utenti del sistema sanitario ha contribuito ad orientare i comportamenti dei professionisti e le azioni di *quality-improvement* verso una sempre più concreta *patient-centeredness*. In questo contesto, tra gli strumenti principali a disposizione della sanità toscana, vi sono le indagini di esperienza (*Patient-Reported Experience Measures - PREMs*) e le indagini di esito (*Patient-Reported Outcome Measures - PROMs*), realizzate con il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Sant'Anna, che pongono al centro dell'attenzione la voce degli utenti, protagonisti attivi del proprio percorso di cura e stakeholders importanti per la definizione di strategie di miglioramento e di innovazione dei sistemi sanitari.

L'innovazione introdotta negli scorsi anni dal Laboratorio MeS, con il passaggio dalle indagini campionarie agli Osservatori permanenti per i pazienti adulti (De Rosis et al. 2019) e pediatrici (Corazza et al. 2021), è stata fondamentale per continuare a monitorare la qualità dei servizi erogati anche durante la pandemia. L'Osservatorio PREMs è, infatti, un canale di comunicazione costantemente aperto tra i cittadini e il sistema sanitario, in grado di raccogliere la valutazione e le esperienze che i pazienti adulti e pediatrici vogliono condividere rispetto al loro ricovero ordinario (presa in carico, strutture e confort ospedaliero, coinvolgimento, comunicazione e relazione con i professionisti, dimissione e post-ricovero). Lo strumento di raccolta continua ha permesso, quindi, di confrontare come si è modificata la percezione di cura dei pazienti dall'anno 2019 all'anno 2020, ossia prima e dopo l'insorgere della pandemia da Covid-19, e di valutare così cosa ha fatto la differenza durante il percorso di ricovero e come il sistema ha reagito alla crisi dal punto di vista degli utenti.

Nel 2020, l'Osservatorio PREMs ha registrato un'evidente contrazione nell'adesione all'indagine da parte dei pazienti, in parte dovuta ad una riorganizzazione di personale, reparti e presidi, che non ha permesso di procedere con l'arruolamento dei pazienti, in parte ad una scarsa disponibilità di tempo ed energie per continuare con le attività connesse con l'informazione e l'arruolamento dei pazienti durante il ricovero. L'adesione complessiva in Toscana è passata dal 22% circa dei pazienti ricoverati in regime ordinario nel 2019 a poco più del 19,5%. In numeri assoluti, si parla di più di 35.200 pazienti adulti dimessi contattati e poco meno di 1.200 pazienti pediatrici. La partecipazione dei pazienti è rimasta, invece, stabile in percentuale (nell'intorno del 30%), con 10.540 questionari raccolti dai pazienti adulti toscani e 531 dai pazienti pediatrici. Si tratta di un punto di vista specifico: quello di pazienti che sono stati presi in carico dal sistema,

perché ricoverati presso le strutture ospedaliere della Regione Toscana durante e nonostante la pandemia. Attraverso i loro occhi, l'Osservatorio restituisce la percezione relativa all'erogazione e organizzazione dei servizi ospedalieri durante l'emergenza, una misura dell'umanizzazione delle cure, della centralità del paziente e della relazione in una fase emergenziale. Questo eccezionale flusso di dati in continuo permette di misurare la capacità di resilienza dei sistemi sanitari regionali (EHXP 2020). In particolare, queste informazioni consentono di misurare e valutare, dal punto di vista dei pazienti, la capacità che ha avuto il sistema sanitario regionale di assorbire e adattarsi allo *shock* consentendogli di continuare nelle attività richieste, in questo caso del ricovero ospedaliero ordinario, mantenendo la stessa qualità così come percepita dal paziente.

Gli indicatori riportati e descritti nelle pagine seguenti, sviluppati a partire dalle domande chiuse presenti nel questionario, consentono di confrontare dimensioni standard e fornire performance in *benchmarking*. L'analisi dei commenti lasciati alle domande aperte consente di spiegare quali eventi specifici e quali comportamenti dei professionisti hanno fatto la differenza nell'esperienza del paziente durante la pandemia. Le sezioni narrative, infatti, consentono ai pazienti di raccontare gli aspetti significativi della loro esperienza, come aspetti organizzativi e comportamenti specifici che altrimenti non sarebbe possibile misurare con le domande chiuse. In questo capitolo verrà riportata un'estrazione di alcuni commenti a completare l'analisi della risposta dell'utenza in termini di percezione dell'esperienza durante la pandemia.

I questionari raccolti nel corso dell'anno 2020 riportano complessivamente una valutazione positiva dell'assistenza ricevuta da parte dei pazienti che hanno usufruito dei servizi sanitari toscani, nonostante l'anno caratterizzato da criticità (Bonciani et al, 2020).

La maggior parte degli indicatori di esperienza dei pazienti sono rimasti positivi, quindi stabili rispetto al 2019. Di seguito sono riportati i grafici del trend 2019-2020 su alcuni aspetti dell'esperienza dei pazienti con il servizio ospedaliero di ricovero ordinario: accoglienza in ospedale [D19.3.5], rispetto e dignità della persona [set indicatori D19.1], gestione paure ed ansie [D19.2.1], comunicazione, relazione e coinvolgimento del paziente [D19.3.4]. Tutte dimensioni core dell'esperienza dei pazienti in ottica di *patient-centeredness*.

Le comparazioni presentate di seguito non sono applicabili nell'AUSL Sud Est, nella quale l'indagine PREMS è stata avviata a febbraio 2020.

Figura 8.1. Indicatore D19.3.5 Accoglienza in ospedale, per Azienda - Valori percentuali - Toscana, anni 2019 e 2020 - Fonte: Laboratorio MeS

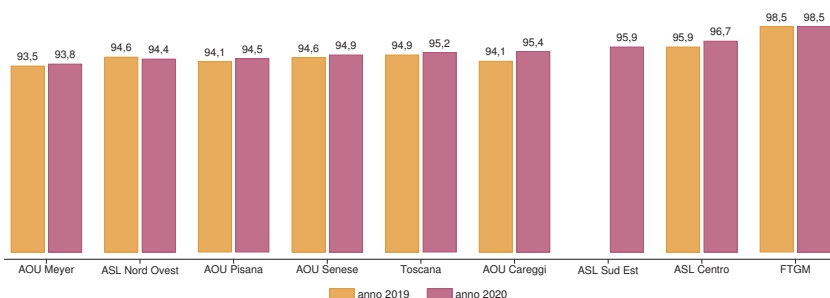


Figura 8.2. Indicatore D19.1.1 Rispetto e dignità per la persona, personale medico, per Azienda – Valori percentuali – Toscana, anni 2019 e 2020 – Fonte: Laboratorio MeS

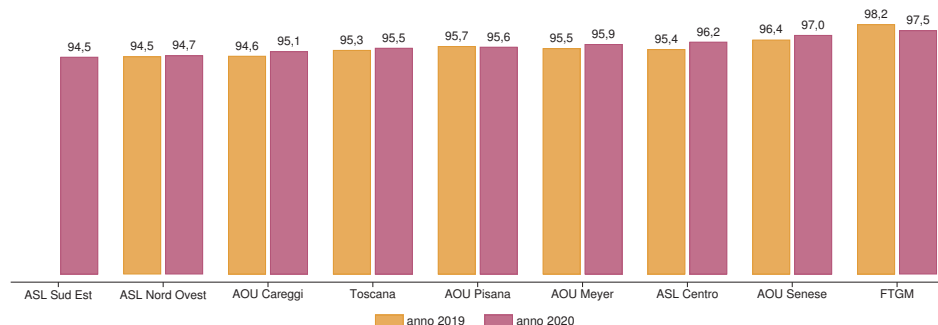


Figura 8.3. Indicatore D19.2.1 Gestione delle paure ed ansie, per Azienda – Valori percentuali – Toscana, anni 2019 e 2020 – Fonte: Laboratorio MeS

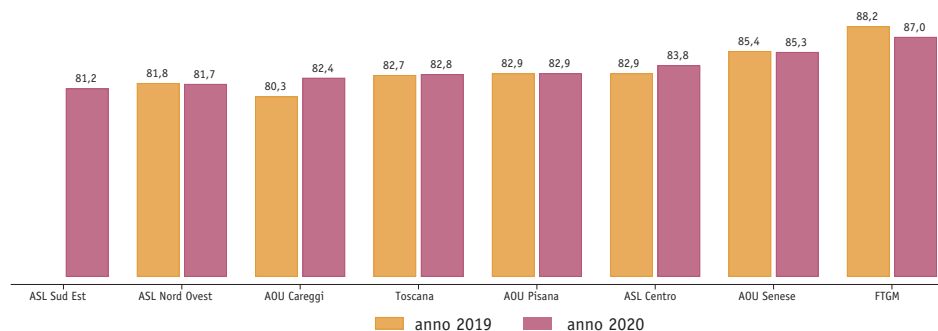
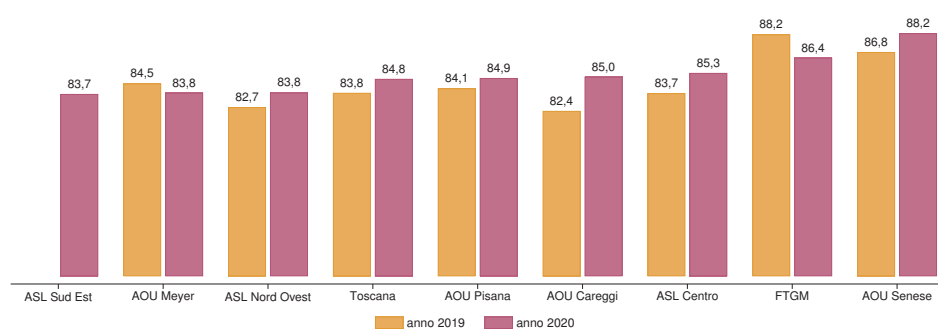


Figura 8.4. Indicatore D19.3.4 Coinvolgimento del paziente, per Azienda – Valori percentuali – Toscana, anni 2019 e 2020 – Fonte: Laboratorio MeS



Molti pazienti riconoscono come “in un periodo così difficile dove il personale sanitario è oberato e sempre maggiormente carico di responsabilità, [il paziente] è stato trattato con i guanti” e

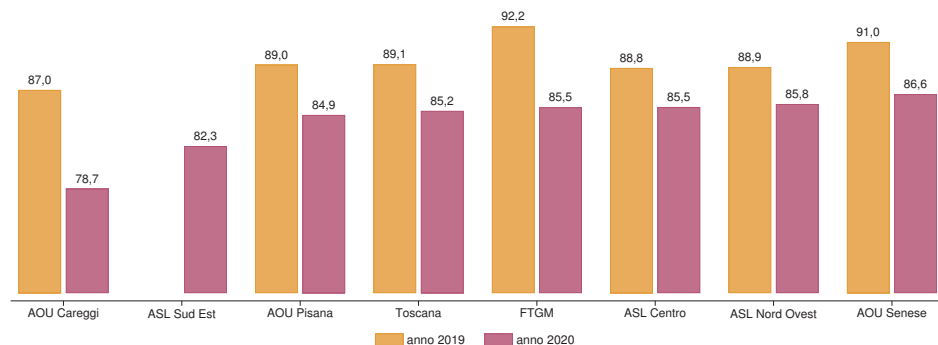
ribadiscono che *“nonostante le restrizioni del momento dove nessun familiare può accompagnare, gli infermieri e i medici sono stati tutti gentili e carini così che [il paziente] non si è sentito solo e smarrito”*.

Anche i genitori/tutori dei pazienti pediatrici ospedalizzati riportano di essersi *“sentiti al sicuro per la professionalità degli operatori sanitari e la loro capacità di affrontare tempestivamente le difficoltà che si sono presentate”*.

Gli accompagnatori dei bambini e degli adolescenti descrivono i professionisti come *“sempre disponibili, mai scontroso e pazienti nonostante con i bimbi non sia facile”*, dimostrando un *“approccio materno”* e *“ottimi modi di interagire con i bambini”*.

Un indicatore, invece, mostra una diminuzione statisticamente significativa nella valutazione dell'esperienza (p-value <0,001): i colloqui e la comunicazione tra il personale sanitario e i familiari dei pazienti [D19.3.3] (valore indicatore da 0 a 100, media 2019: 89, media 2020: 85; min. 2019: 83,5, min. 2020: 65,5; dev. st. 2019: 2,3, dev. st. 2020: 7,5). La percezione del paziente restituisce una difficoltà oggettiva che consegue all'applicazione nel 2020 di protocolli di sicurezza e misure di prevenzione e protezione, basate sulla limitazione degli accessi in ospedale di parenti ed accompagnatori, messe in atto dalle varie aziende sanitarie per impedire la diffusione dell'epidemia.

Figura 8.5. Indicatore D19.3.3 Colloqui con i familiari, per Azienda - Valori percentuali - Toscana, anni 2019 e 2020 - Fonte: Laboratorio MeS

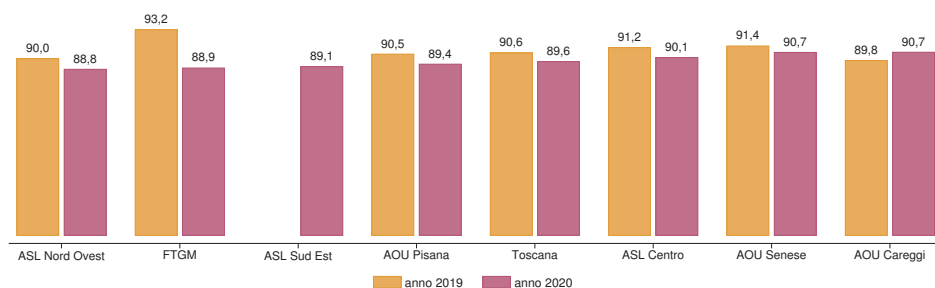


Nonostante questo, attraverso le narrazioni dei pazienti rispondenti, è stato possibile rilevare come ci siano state diverse azioni da parte del personale ospedaliero, volte a facilitare la comunicazione, aprendo nuovi canali di comunicazione tra l'interno e l'esterno, tramite telefonate infermieristiche a parenti/*caregiver* e/o l'introduzione di tablet in reparto per facilitare le video-chiamate. Questo impegno viene descritto come una *“continua comunicazione con la mia famiglia [dei pazienti] tramite telefono e via email facendo sì che la mia famiglia fosse tranquilla e aggiornata sullo stato di salute”*. Molti commenti aperti provengono da pazienti non-Covid o dai loro familiari, che raccontano come, non siano stati lasciati soli: *“Io sono la figlia di una paziente purtroppo non ho mai potuto accedere al reparto perchè periodo Covid,*

mia mamma ha detto che non ha mai sofferto la solitudine in quanto tutto il personale medico e infermieristico l'ha fatta sentire a casa (...). Un ringraziamento anche ai medici che non conosco per avermi informato e rassicurato (...)". I feedback narrativi dei pazienti dimostrano come l'attenzione all'esperienza del paziente sia stata costante, anche nei momenti di crisi prodotta dalla pandemia.

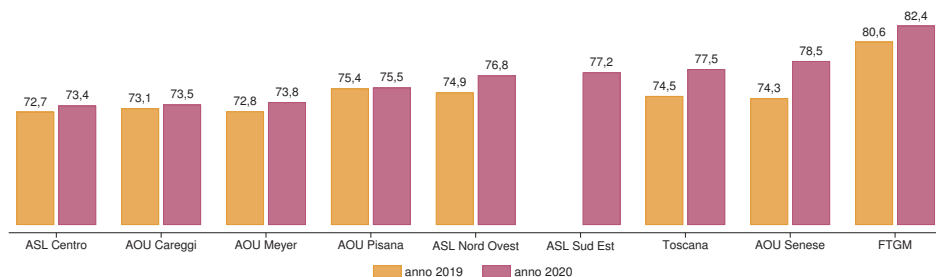
Una leggera flessione negativa si registra anche rispetto alla valutazione che i pazienti fanno della silenziosità del reparto [D19.5.1], chiarezza informazioni alla dimissione su stili di vita e comportamenti da tenere una volta tornato a casa [D19.4.1], ma non è significativa statisticamente.

Figura 8.6. Indicatore D19.1.5 Silenziosità del reparto, per Azienda - Valori percentuali - Toscana, anni 2019 e 2020 - Fonte: Laboratorio MeS



Un risultato degno di attenzione è quello riportato dagli indicatori che nel 2020 mostrano un miglioramento rispetto all'anno precedente. È il caso della pulizia degli ambienti del reparto [D19.5.2], la cui percezione dei pazienti è aumentata, probabilmente in seguito alle politiche di igiene e sicurezza introdotte e rafforzate con l'evolversi della pandemia, oltre che per via della percezione soggettiva degli utenti (variazione 2019-2020 significativa p-value=0,07; media 2019: 74,5, media 2020: 76,5; max 2019: 82,3, max 2020: 91,6; dev. st. 2019: 3, dev. st. 2020: 4,7). Gli indicatori relativi al comfort ospedaliero [set indicatori D19.5] sono da sempre gli aspetti più critici dell'esperienza dei pazienti, sui quali questi ultimi tendono ad essere più critici, probabilmente anche perché più confidenti nella valutazione di questi aspetti. Si tratta anche di dimensioni dell'esperienza su cui porre particolare attenzione, non solo in ottica di contenimento del contagio, ma anche di rassicurazione dei pazienti circa l'attenzione posta alla loro sicurezza e alla cura dell'ambiente in cui sono curati.

Figura 8.7. Indicatore D19.5.2 Pulizia del reparto, per Azienda – Valori percentuali – Toscana, anni 2019 e 2020 – Fonte: Laboratorio MeS



In alcuni commenti raccolti durante il 2020, si legge quanto i pazienti ci tengano a sottolineare come il reparto fosse *“perfettamente in ordine e pulito con operazioni di pulizia effettuate anche diverse volte al giorno”*.

Anche gli accompagnatori dei pazienti più piccoli dimostrano apprezzamento per *“la presenza di un prodotto per igienizzare gli oggetti... Molto gradito dato il periodo Covid-19”*. Nel complesso il reparto *“è ben organizzato”* e le *“camere attrezzate a favore del bambino ma anche del genitore”*.

Durante l'ospedalizzazione, i pazienti e/o i loro accompagnatori osservano i comportamenti del personale e ci tengono ad evidenziare come alcune azioni possano fare la differenza durante il loro ricovero: un esempio riportato è quello relativo all'inserimento di *“una tapparella al vetro della camera per favorire la privacy e questa è una cosa molto positiva”*.

Effetto “Covid-19” o di reverse compassion

Oltre ad un confronto biennale, grazie all'osservatorio in continuo è stato possibile analizzare la variazione degli indicatori nel tempo, confrontando i dati settimanalmente, mensilmente e per trimestre, con l'evolversi della pandemia e delle ondate di contagio che si sono manifestate durante l'anno considerato.

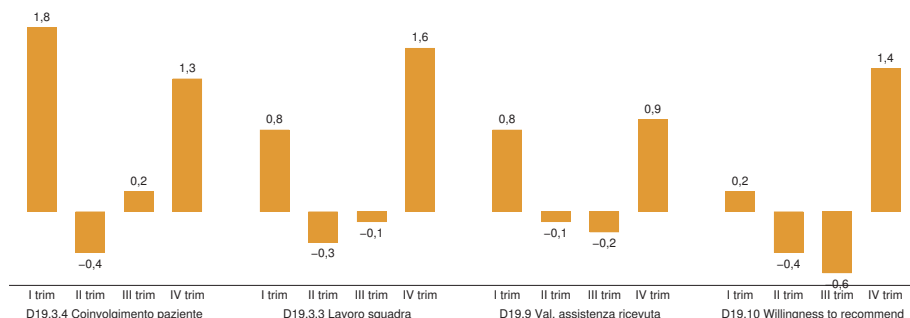
Quello che è emerso dall'analisi dei dati raccolti durante l'anno 2020 è stato definito dal gruppo di ricerca del Laboratorio MeS effetto *“Covid-19”* o di *reverse compassion*: in corrispondenza delle due ondate di Covid-19, i risultati PREMs mostrano una valutazione migliorativa per diverse dimensioni di esperienza con il ricovero ospedaliero ordinario. Le dimensioni in cui questo effetto è particolarmente evidente sono: lavoro di squadra [D19.3.3], coinvolgimento del paziente [D19.3.4], valutazione complessiva dell'assistenza ricevuta [D19.9] e *willingness-to-recommend* [D19.10].

Come si legge chiaramente dai grafici, in corrispondenza dell'inizio della prima e della seconda ondata di Covid-19, la variazione nella percezione delle dimensioni di esperienza sopra citate sono evidentemente positive, rispetto all'anno precedente.

L'effetto di *reverse compassion* si riferisce all'ipotesi che, a determinare la variazione positiva, non sia stato un cambiamento organizzativo o una modifica nella pratica

dei professionisti sanitari o un cambiamento complessivo dell'esperienza, quanto una proiezione dell'apprezzamento per la capacità dimostrata sul campo di affrontare ed "assorbire" la crisi, cercando di non far contrarre il livello di qualità nell'erogazione delle cure, e quindi una proiezione anche del senso di gratitudine per essere stati curati nonostante la pandemia.

Figura 8.8 Variazioni nei valori degli indicatori dal 2019 al 2020, per trimestre - Differenze 2020 vs 2019 - Toscana, anni 2019 e 2020 - Fonte: Laboratorio MeS



Conclusioni

Da un'analisi quali-quantitativa emerge complessivamente una valutazione positiva dei servizi sanitari toscani. La percezione degli utenti del Sistema sanitario toscano che sono stati ricoverati nel 2020 mostra chiaramente una fotografia positiva in termini di mantenimento della qualità dei servizi. Se la resilienza è misurabile anche in termini di capacità di mantenere i livelli qualitativi dei servizi dal punto di vista del paziente, questi dati confermano che le organizzazioni e i professionisti sanitari hanno saputo assorbire e adattarsi ai cambiamenti portati dalla pandemia in modo da poter continuare ad erogare, come e quanto possibile, prestazioni a livelli ottimali di qualità secondo le aspettative e le percezioni degli utenti. Come sottolineato, la valutazione stabile o positiva registrata dai PREMs, può anche essere spiegata in termini di *reverse compassion*, che a sua volta può essere valorizzata come leva motivazionale e strumento di narrazione positiva della sanità. Nonostante le difficoltà del 2020, i pazienti hanno infatti saputo apprezzare la gentilezza, la professionalità e l'umanità dimostrata dal personale ospedaliero. I dati emersi e riportati confermano l'importanza e l'impegno costante da rivolgere alla voce dei pazienti per identificare i punti di forza e di debolezza della propria organizzazione, per migliorare la qualità dei servizi sanitari offerti e per migliorare l'immagine della propria azienda.

Bibliografia

- Bonciani M., Cerasuolo D., Corazza I., D'Orio G., De Rosis S., Peruzzo E., Nuti S., Severino M.C., Vainieri M., 2020. Indagine PREMs Patient-Reported Experience Measures. Rilevazione sistematica dell'esperienza di ricovero ordinario riportato dai pazienti adulti e pediatrici nella sanità toscana. Disponibili al link: <https://www.santannapisa.it/it/area-download-mes#:~:text=NELLA%20SANIT%C3%80%20TOSCANA,-Report%202020,-Report%202018-2019>
- Corazza I., Gilmore K. J., Menegazzo F., & Abols V. (2021). Benchmarking experience to improve paediatric healthcare: listening to the voices of families from two European Children's University Hospitals. *BMC health services research*, 21(1), 1-13.
- De Rosis S., Cerasuolo D., & Nuti S. (2019). Using patient-reported measures to drive change in healthcare: the experience of the digital, continuous and systematic PREMs observatory in Italy. *BMC health services research*, 20, 1-17.

Il Sistema sanitario regionale toscano e la sfida della resilienza

G. D’Orio, M. Vainieri, A. Vinci, F. Vola (Scuola superiore Sant’Anna)

Perché un sistema di valutazione possa efficacemente supportare il processo di miglioramento degli enti valutati, è necessario che sia allineato rispetto gli obiettivi che i soggetti stessi sono chiamati a perseguire, e sia in grado di misurarli correttamente. Monitorare la capacità mostrata dal sistema sanitario toscano di rispondere allo *shock* del 2020 ha richiesto quindi di riconoscere con chiarezza che la struttura delle priorità e le modalità operative e organizzative dei nostri sistemi sanitari aziendali e regionali sono stati stravolti, durante la parentesi pandemica. Ciò evidentemente ha implicato una ristrutturazione radicale degli strumenti valutativi: questo processo di rimodulazione si è mosso lungo almeno tre direzioni.

In prima battuta, se la tempestività dei sistemi di valutazione è stata negli ultimi anni riconosciuta come un valore aggiunto per garantire una ricaduta operativa delle evidenze prodotte, in tempi di Covid-19 si è tramutata in una preconditione di ogni sistema di valutazione. Nel delicato bilanciamento tra tempestività del dato e sofisticatezza delle metriche adottate, la situazione pandemica ha certamente fatto propendere l’ago verso la prima.

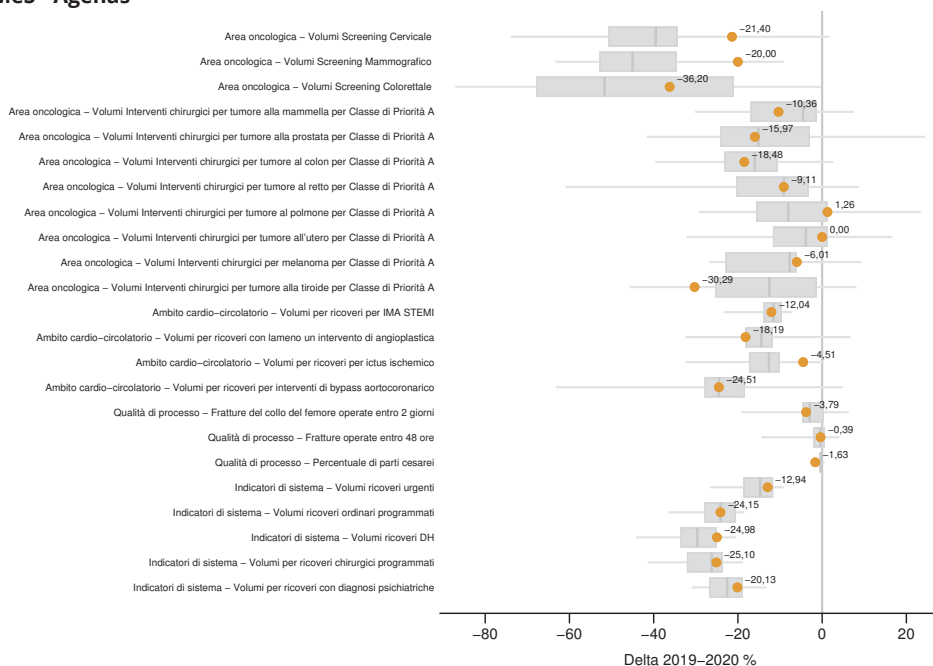
Le regioni che aderiscono al *Network*, promosso dal Laboratorio MeS, hanno scelto già dal secondo semestre 2020 di rivoluzionare il classico approccio valutativo di tipo *ex-post* – che avrebbe previsto la sola rilevazione retrospettiva delle performance 2020, nel corso del 2021 – per accogliere invece la sfida di una rilevazione *in itinere*. Riprendendo, estendendo e sistematizzando alcune iniziative di analisi inter-regionali (Spadea et al. 2020), il Laboratorio MeS e il *Network* delle regioni hanno introdotto a fine 2020 il monitoraggio mensile di circa 60 indicatori di volume, calcolati con uno sfasamento di circa 3 mesi, per individuare tempestivamente i principali cali di offerta e supportare così le direzioni regionali nel contenimento della crisi sanitaria. Gli indicatori – mirati principalmente al monitoraggio dell’attività ospedaliera e ambulatoriale – non sono stati quindi individuati per il monitoraggio dell’attività Covid in senso stretto – compito affidato ad altre istituzioni, tra cui il Dipartimento della Protezione civile e l’Istituto superiore di sanità – quanto piuttosto per il monitoraggio della tenuta dell’offerta cosiddetta “non-Covid”.

Il *Network* delle regioni ha quindi fatto da apripista: l’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), in collaborazione con il Laboratorio MeS, ha successivamente ripreso una selezione degli indicatori individuati dal *Network* (23 indicatori) e ne ha esteso il calcolo a tutte le regioni italiane. I dati relativi al primo semestre 2020 sono stati presentati l’8 aprile 2021 (e successivamente aggiornati, con i risultati annuali, a inizio luglio).

Il percorso non si è arrestato qui: a fine aprile 2021 il *Network* delle regioni ha pubblicamente presentato i risultati relativi a tutto il 2020, in riferimento ai soli indicatori di monitoraggio di cui sopra e a fine giugno 2021 sono stati presentati i risultati complessivi del sistema di valutazione, relativi a tutto il 2020 (circa 300 indicatori), integrati dagli indicatori di monitoraggio di cui sopra.

L'analisi in *benchmarking* permette di cogliere le aree clinico-organizzative rispetto alle quali il Sistema sanitario regionale toscano abbia dato prova di maggiore capacità di resistenza e di resilienza. La figura 9.1 riporta la sintesi delle performance di Regione Toscana: i *box plot* rappresentano il risultato toscano di ogni singolo indicatore (pallino arancione) a confronto con le altre regioni italiane (*box plot* grigio).

Figura 9.1. La sintesi della performance di Regione Toscana - Valore della Toscana (pallino arancione) e distribuzione dei valori regionali (box plot) - Fonte: elaborazioni Laboratorio MeS - Agenas



La seconda traiettoria lungo la quale si è mosso il processo di rimodulazione del sistema di valutazione pertiene la rilevanza degli ambiti di indagine. In particolar modo, nella misura in cui cambia il bilanciamento delle priorità dei sistemi sanitari nel corso del 2020, alle più classiche dimensioni di valutazione - sostenibilità, efficacia, qualità dei processi, appropriatezza, equità... - si affianca - anzi, irrompe - la dimensione della "resilienza". Il termine è stato declinato in senso lato, quale capacità dei sistemi sanitari di rispondere alla crisi Covid-19, e operativamente circostanziato quale capacità dei sistemi sanitari di rispondere ai bisogni della popolazione, contenendo la contrazione dei volumi di prestazioni erogate. Un'accezione quindi molto pragmatica del più ampio concetto di resilienza, che ha il pregio di focalizzare puntualmente il lavoro di analisi e valutazione.

Più nel dettaglio, sono tre le categorie di indicatori che il Laboratorio MeS ha integrato nel proprio sistema di valutazione, per produrre una analisi tempestiva della propria capacità di resilienza:

1. una selezione di indicatori riferiti alle prestazioni sanitarie che la normativa e le indicazioni nazionali susseguitesi nel corso del 2020 hanno individuato quali “prestazioni non differibili”;
2. un secondo gruppo di indicatori, volti alla valutazione della qualità dell’assistenza offerta;
3. un terzo insieme di indicatori, individuati quali “indicatori di sistema”, tesi a inquadrare complessivamente la tenuta o meno dei sistemi sanitari regionali.

Valutare la capacità mostrata dal sistema toscano di rispondere allo *shock* pandemico è di fondamentale importanza sia per la valorizzazione degli sforzi profusi dai professionisti toscani, sia per il corretto indirizzamento del processo di rilancio del sistema, all’interno della più ampia cornice del Piano nazionale di ripresa e resilienza e – in prospettiva – del Nuovo Patto per la salute. L’ambito della resilienza include quindi un centinaio di nuovi indicatori, che misurano la capacità dei sistemi sanitari di rispondere ai bisogni della popolazione in pandemia, contenendo la contrazione dei volumi di prestazioni erogate per servizi non-Covid. Questa sezione fa luce sia sull’attività di prevenzione (*screening* oncologici), sia sul *setting* territoriale (assistenza residenziale e domiciliare, presa in carico farmaceutica, diagnostica, ambulatoriale, percorso materno-infantile, cronicità, telemedicina, salute mentale), sia sull’offerta ospedaliera in senso stretto (volumi per chirurgia oncologica e cardio-circolatoria, donazioni di organi, assistenza al parto, pronto soccorso).

Gli indicatori sono calcolati quale riduzione percentuale dei rispettivi volumi, in rapporto al 2019. Le fasce di valutazione sono tendenzialmente quelle risultanti dal confronto con le contrazioni registrate nelle altre regioni italiane.

In riferimento quindi alla performance toscana – per quanto concerne la dimensione “resilienza” – non vengono registrati indicatori nella fascia critica, segnale di una buona gestione dello *shock* pandemico. Il Sistema sanitario regionale si è dimostrato tendenzialmente capace di contenere il calo delle prestazioni sanitarie. È il caso, ad esempio, degli *screening* oncologici (B5R), la cui valutazione oscilla da 2,8 dell’AUSL Sud Est a 4,1 dell’AUSL Centro, conservando una performance generale molto buona. Ad esempio, i volumi degli *screening* mammografici si contraggono complessivamente del 19% (dal -33% dell’AUSL Toscana Sud Est al -6,3% dell’AUSL Toscana Centro), a fronte di una contrazione inter-regionale mediana del 45%. Anche l’indicatore relativo ai volumi per interventi oncologici (C10R) si colloca nell’area centrale del bersaglio, restituendo l’immagine di un sistema che ha saputo fronteggiare lo *shock* causato dalla pandemia. Nello specifico, si va da una valutazione di 2,6 per la AUSL Toscana Nord Ovest, ad un 5 pieno per quanto riguarda l’AOU Meyer. Anche le aree della telemedicina (C13.R3) e delle visite e *follow-up* conquistano la fascia verde. Nel primo caso, il Sistema sanitario toscano si è dimostrato capace di cogliere le opportunità offerte dalle nuove tecnologie, pur a fronte di ampie differenze inter-aziendali (il ricorso alla televisita diabetologica ondeggia, ad esempio, dall’1,5% dell’AOU al 43,5% dell’AOU Careggi). Per quanto riguarda, invece, le visite e *follow-up*, tutte le aziende performano bene, con risultati particolarmente buoni per l’AOU Pisana.

Attenzione va invece dedicata all'ambito cardiocircolatorio (CC.R), anch'esso con significativa variabilità inter-regionale. La contrazione dei volumi per ricoveri con almeno un intervento di angioplastica va ad esempio dal -22,9% dell'AUSL Toscana Sud Est, al -15% della Fondazione Monasterio e dell'AUSL Toscana Nord Ovest. Anche l'area dell'efficacia e assistenza territoriale (C11R) mostra alcuni chiaroscuri. La proporzione di residenti con diabete con almeno una misurazione della emoglobina glicata si contrae ad esempio in un *range* che va dal -13,1% dell'AUSL Toscana Nord Ovest al -11,8% dell'AUSL Toscana Centro.

Infine, la terza traiettoria del processo evolutivo del sistema di valutazione, articolata in tre ulteriori tasselli del processo di rilevazione, che sono andati ad affiancare l'analisi sopra descritta:

- A. è stata disegnata, somministrata e analizzata una indagine alla popolazione italiana, resa congiuntamente a rilevare la valutazione dei servizi sanitari durante la pandemia e la propensione ad aderire alla campagna vaccinale, ed è stato effettuato un carotaggio sulle esperienze dei pazienti rispetto agli eventi di ricovero durante la pandemia (si vedano i capitoli dedicati, nel presente volume);
- B. sono state analizzate le pagine web delle 21 regioni/province autonome (P.A.) italiane, che fornivano informazioni relative alla vaccinazione anti Covid-19, e di tutte le 108 aziende sanitarie locali italiane. Ne è stata valutata sia la completezza, sia la comprensibilità e leggibilità;
- C. è stato elaborato e successivamente aggiornato con cadenza settimanale, un "Monitoraggio del piano vaccinazioni anti Covid-19", che rielabora i dati messi a disposizione dalla Protezione civile, dal report settimanale della Presidenza del Consiglio dei Ministri e dalla rilevazione mensile sulle RSA di Agenas. Le elaborazioni aggiornate posso essere consultate sul sito web www.performance.santannapisa.it.

Se per un commento ai risultati relativi alla soddisfazione dell'utenza si rinvia ai due paragrafi dedicati, qui vengono avanzate alcune considerazioni conclusive in riferimento ai risultati di performance sopra richiamati.

Il processo di valutazione si presta a due diverse – e complementari – letture. In primo luogo, offre alcuni spunti per una riflessione retrospettiva sulla capacità di reazione mostrata dal sistema sanitario toscano di fronte alla pandemia; in seconda battuta invita ad una analisi prospettica sul come queste stesse evidenze possano essere utilizzate in sede programmatica. In riferimento alla prima prospettiva, si impongono almeno due considerazioni. La prima pertiene i livelli di qualità dei servizi sanitari regionali garantiti durante il 2020. Le ottime performance registrate dalle strutture toscane (la proporzione di fratture collo del femore operate entro 2 giorni resta ad esempio sostanzialmente invariata, passando dal 79,2% del 2019 al 75,3% del 2020) riflettono probabilmente non solo – banalmente – la minore pressione, in particolar modo su alcune strutture ospedaliere non-Covid, dovuta al numero più limitato di accessi, ma senz'altro anche il grande sforzo profuso da parte dei professionisti toscani nel dare una risposta alla situazione di crisi, anche da parte di coloro non direttamente coinvolti nell'arginare la pandemia.

Una seconda considerazione pertiene la variabilità di risultati tra le diverse aree cliniche. Se complessivamente si registra una tenuta dei volumi erogati per quanto concerne l'ambito oncologico, parimenti si nota una maggiore difficoltà del sistema in ambito cardiaco. Le determinanti vanno senz'altro indagate con più scrupolo e non è esclusa un'influenza dei flussi di mobilità, ma suggerisce ugualmente l'esigenza di prestare attenzione a una forma di variabilità nella risposta organizzativa da parte di diversi contesti professionali.

Infine, anche la seconda prospettiva – prospettica/programmatoria – suggerisce due possibili considerazioni.

In prima battuta va senz'altro stimolata una riflessione sul calo, registrato nel corso del 2020, nell'erogazione di prestazioni a potenziale alto rischio di inappropriata. È sufficiente guardare alla contrazione nel consumo di antibiotici o al numero di tonsillectomie effettuate (il dato toscano passa da 167 per 100.000 nel 2019 a 78 nel 2020), per innescare una riflessione sul come valutare l'effettivo recupero in termini di appropriatezza e da un punto di vista organizzativo come fare tesoro di questa esperienza ed evitare di ritornare a breve alla situazione pre-Covid. Capitalizzare questa forma di insegnamento è senz'altro una delle sfide che il sistema toscano non può esimersi dall'accogliere.

Il secondo ambito di riflessione pertiene non l'appropriatezza, ma specularmente quei vuoti di offerta registrati segnatamente nella presa in carico dei pazienti cronici e nella prevenzione secondaria (gli *screening* oncologici, ad esempio). Si apre in questo caso una nuova opportunità per forme di sanità di iniziativa che vadano a intercettare attivamente i bisogni elusi durante i mesi più difficili della pandemia, nella direzione di un convinto rilancio del sistema.

SEZIONE II
La risposta dei servizi
tra resilienza e innovazione

Le Unità speciali di continuità assistenziale (USCA)

S. Gostinicchi (Azienda USL Toscana Centro)

Fra i numerosi interventi attivati sul territorio durante la lotta alla pandemia da Covid-19, le Unità speciali di continuità assistenziale, team composti da medico e infermiere per l'assistenza domiciliare Covid-19, che da qui in avanti chiameremo USCA, rappresentano uno degli elementi più innovativi, flessibili e di grande efficacia. Le USCA, nate in appena tre settimane all'inizio della prima ondata, si sono sviluppate, crescendo in numero ed in competenze, grazie all'impegno dei giovani medici che le compongono ed al supporto dei medici del territorio che le hanno organizzate, fino a rappresentare un cardine dell'assistenza Covid-19 in Toscana, rendendosi indispensabili in molte situazioni critiche, come vedremo più avanti.

Le USCA nascono in tutta Italia nel mese di marzo del 2020, con l'uscita del DL 14, per "consentire al medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta o al medico di continuità assistenziale di garantire l'attività assistenziale ordinaria". Il DL prevede l'attivazione di una USCA ogni 50.000 abitanti e ne consente l'accesso a medici di continuità assistenziale, ma anche a medici in formazione nella medicina generale o laureati in medicina iscritti all'albo professionale. Giovani colleghi, quindi, che, dotati dei necessari dispositivi di protezione individuale (DPI), hanno il compito di prendere in carico e gestire i pazienti affetti da Covid-19 segnalati dai medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS) che, per le loro caratteristiche cliniche, non necessitano di un ricovero ospedaliero.

Poche parole per attivare un intervento che si rivelerà cruciale per gli ospedali, gravati in quel momento dall'afflusso di pazienti anche con sintomatologia lieve, per gli MMG e PLS che hanno così potuto scegliere se seguire direttamente il paziente o segnalarlo, nonché per gli stessi pazienti che hanno ricevuto l'assistenza al proprio domicilio.

La Regione Toscana attiva le USCA con la DGRT n. 393 del 23 marzo 2020. La scelta toscana prevede di affiancare al medico USCA anche infermieri aziendali, che saranno preziosi sia per l'esecuzione dei tamponi diagnostici, che per l'assistenza domiciliare. Questa scelta si rivelerà vincente, perché, pur con la difficoltà iniziale nel reperire il personale necessario, il lavoro in team si dimostrerà uno dei punti di maggior forza del servizio.

E' anche messo a disposizione un collegamento con gli specialisti aziendali delle branche di interesse nella patologia, altro elemento importante nel migliorare la qualità del servizio.

Nel giro di pochi giorni le AUSL attivano le USCA, con il coordinamento delle Zone distretto, da cui dipendono dal punto di vista organizzativo e funzionale. Il servizio è attivo dal lunedì alla domenica, dalle ore 8 alle ore 20 e si occupa della presa in carico dei pazienti affetti dalla malattia e sospetti di infezione. Come si ricorderà, in questa fase eravamo in

un momento particolarmente critico, nel quale si sapeva ancora poco della malattia, gli approvvigionamenti di DPI e di materiale diagnostico erano difficili, perché scarseggiavano sul mercato internazionale.

Inizialmente il numero di USCA è abbastanza modesto: in aprile 2020 ne contiamo 59. Ma ben presto questo numero sarà destinato ad aumentare e nel corso del tempo si calibrerà sulla base dei dati epidemiologici, riducendosi nel periodo estivo 2020, per poi aumentare di nuovo con l'esordio della seconda ondata. A dicembre 2020 le USCA toscane sono 167 e nell'aprile 2021 hanno raggiunto le 172 unità. Quindi la Regione Toscana e le Aziende sanitarie hanno raggiunto e superato gli obiettivi previsti sia a livello nazionale (75 USCA, una ogni 50.000 abitanti), che regionale (116 USCA, una per AFT). Ogni Azienda sanitaria, infatti, nel tempo ha regolato il numero delle equipe modulandolo sulla base della presenza nel territorio di competenza di pazienti positivi, strutture di cure intermedie Covid-19, alberghi sanitari e RSA Covid.

L'USCA ha, fra i suoi compiti, quello di mantenere un costante collegamento con i curanti che hanno segnalato il caso.

Nel corso del tempo le USCA sviluppano la propria attività anche da un punto di vista organizzativo e professionale. All'inizio della seconda ondata pandemica la Regione Toscana procede, assieme alle Aziende sanitarie, a condurre un'analisi dell'attività, invitando a partecipare ai lavori tutti i medici USCA, con lo scopo di programmare un'implementazione omogenea.

Dall'analisi emergono molti spunti di miglioramento, che daranno luogo ad una serie di interventi di implementazione:

- la necessità di fornire ai medici USCA attività di formazione specifica sulla patologia;
- l'esigenza di una linea guida clinico-organizzativa condivisa;
- la definizione di standard di servizio (modalità di attivazione, organizzazione del turno lavorativo, terapia, dotazione strumentale, modalità di consulenza specialistica e quant'altro necessario);
- la necessità di un sistema centrale di monitoraggio;
- la calendarizzazione di incontri periodici.

Di particolare importanza è l'acquisizione di ulteriore strumentazione rispetto a quella prevista dal livello nazionale, che comprende per ogni USCA anche un emogasanalizzatore e un ecografo toracico portatili. Grazie a queste risorse diagnostiche, le USCA, specificamente formate, acquisiscono da questo momento la capacità di poter garantire direttamente al letto del malato un primo livello diagnostico, che fino a quel momento era disponibile esclusivamente a livello ospedaliero. Grazie all'esperienza acquisita e alla strumentazione i medici possono verificare direttamente la presenza di un'ipossia severa e di una compromissione polmonare a domicilio. Questa capacità sarà indispensabile per evitare ricoveri inappropriati nella seconda e terza ondata, quando la circolazione virale comincerà ad interessare le fasce di età più giovani, tra le quali il coinvolgimento polmonare è più spesso silente nelle fasi iniziali, e che coinvolgerà

interi nuclei familiari. Nel mese di aprile 2021 ogni settimana le USCA eseguono a domicilio quasi 1.000 emogasanalisi e oltre 900 ecografie polmonari. Ad un anno dalla loro attivazione sono ormai diventate equipe specialistiche.

Ma nel corso del tempo le USCA hanno acquisito anche altre funzioni. Durante la prima fase sono state preziose nella gestione dei focolai in RSA. Hanno preso in carico gli ospiti e, quando il vaccino è stato disponibile, li hanno vaccinati. Sono intervenute nei reparti di cure intermedie Covid, tanto che esistono USCA dedicate interamente alle cure intermedie. Hanno gestito gli alberghi sanitari, strutture ricettive messe a disposizione dei pazienti positivi che non richiedono il ricovero e che, per la loro situazione abitativa, non hanno la possibilità di garantire un idoneo isolamento a domicilio. Durante la positività o la malattia, questi pazienti sono stati seguiti per la grande maggioranza dai team USCA, che hanno effettuato un accesso quotidiano agli alberghi sanitari, occupandosi anche dei contatti con la famiglia.

Un'esperienza particolare poi sarà quella degli alberghi sanitari protetti. Gli alberghi sanitari protetti sono strutture alberghiere attivate con la precisa finalità di riunire i pazienti sintomatici, in modo da garantire loro un monitoraggio sistematico. Si tratta di pazienti in uno stadio di malattia non talmente grave da richiedere il ricovero, ma talvolta in una situazione di salute delicata perché affetti da altre patologie, spesso con malattia Covid-19 in una fase di potenziale aggravamento, in molti casi stranieri e con difficoltà linguistica. Negli alberghi protetti le USCA sono dedicate interamente alla struttura, che viene seguita a tempo pieno (ore 8-20).

In conclusione, quindi, il contributo delle USCA nella lotta alla pandemia è stato indispensabile. Non solo per i servizi territoriali ed ospedalieri, ma anche per i pazienti stessi, che hanno avuto la possibilità di avere un riferimento quotidiano per le loro problematiche di salute e spesso anche per combattere la solitudine e la paura che accompagnano la malattia.

Prima di concludere questa sintesi dell'esperienza USCA in Toscana, è necessario ancora una volta sottolineare come in ogni fase critica esistano elementi positivi. Le USCA sono state un esempio della possibilità di generare cambiamenti positivi in poco tempo, di operare con flessibilità, garantendo efficienza senza trascurare l'attenzione al paziente. Un ringraziamento quindi ai medici e agli infermieri che hanno lavorato nei team. Un'esperienza che meriterebbe di continuare anche cessata l'emergenza, sperimentandone il loro impiego, per esempio sul fronte della cronicità.

Infine, qualche dato. Dall'inizio della pandemia (fino al 16 settembre 2021, periodo a cui si riferiscono i dati), le USCA toscane hanno gestito 105.938 pazienti, che si sono concentrati temporalmente in corrispondenza dei picchi pandemici, soprattutto nelle fasce di età fra 45 e 59 anni. Sono stati comunque seguiti pazienti di tutte le età, fra cui oltre 2.300 bambini sotto i 4 anni. Gli accessi fatti a questi pazienti sono stati in tutto 441.331, una media di oltre 4 per caso. Nel corso della presa in carico le prestazioni erogate, che comprendevano la visita, il tampone, l'ecografia, l'emogasanalisi, prelievi ematici, saturimetria e quant'altro necessario, sono state 762.952; oltre 200.000 di queste erano prestazioni infermieristiche. A partire dal novembre 2020 è stato possibile conteggiare separatamente le prestazioni erogate

al domicilio, in albergo sanitario ed in RSA. Oltre 26.000 prestazioni, su un volume totale di oltre 260.000 fatte nel periodo, sono state erogate in albergo sanitario, particolarmente negli alberghi protetti.

Le campagne di screening “Scuole sicure” e “Territori sicuri”

F. Voller (ARS Toscana)

Per implementare il controllo sul territorio rispetto alla circolazione del virus SARS-CoV-2, Regione Toscana, sulla base di protocolli redatti dall’Agenzia regionale di sanità della Toscana, ha implementato due campagne di comunità a partire dal mese di gennaio 2021, oggetto di delibera regionale, la n.1645 del 21 dicembre 2020 denominata *Emergenza Covid-19. Sistema di monitoraggio per le infezioni da SARS-CoV-2 “Scuole sicure”, Programma di screening per il monitoraggio delle infezioni da SARS-CoV-2 “Territori sicuri” e programmi di screening della popolazione lavorativa utilizzando test antigenici rapidi*. Le campagne sono state organizzate in un momento epidemico a bassa intensità di circolazione del virus nei nostri territori, probabilmente dovuto al regime di limitazioni applicato alla nostra regione, transitata in zona arancione prima ed in zona rossa poi, per alcune settimane tra ottobre e novembre, in aggiunta alle limitazioni generali sulla circolazione nel territorio come il coprifuoco alle ore 22 e l’obbligo di mascherina all’aperto.

L’obiettivo delle campagne era da una parte intercettare precocemente nelle scuole secondarie superiori l’emergere di positività, anche in considerazione del ritorno in presenza degli alunni e della particolare suscettibilità di quella fascia d’età (nei mesi di settembre e ottobre 2020 era stata quella con i tassi di positività più alti), dall’altra adottare un programma di screening a tappeto in quei comuni dove si fossero evidenziati focolai, o un forte aumento nell’arco dell’ultima settimana, di casi positivi.

Il programma Scuole sicure aveva previsto inoltre, nella delibera citata, la descrizione accurata dei protocolli di comportamento e di presa in carico dei soggetti positivi, sia per quanto riguarda la fase di testing, sia per la fase di tracciamento.

I dati principali della campagna regionale Scuole sicure che si è svolta nel periodo gennaio-giugno 2021 sono mostrati in tabella 11.1.

Tabella 11.1. Riepilogo campagna Scuole sicure – Periodo 11 novembre 2021 – 12 giugno 2021

Asl	Casi a innesco	Scuole per screening	Test effettuati	Positivi al SARS-CoV-2	Positivi su test %
Nord Ovest	359	74	14.505	52	0,36
Centro	399	54	6.727	15	0,22
Sud Est	1.030	24	3.014	2	0,07
Totale	1.788	152	24.246	69	0,28

Sono state 152 le scuole di II grado superiore interessate dall’attività di testing, quasi un sesto del totale delle scuole toscane. Sono 74 le scuole coinvolte nell’Asl Nord Ovest, 54 nell’Asl

Centro e 24 nell’Asl Sud Est, per un totale più di 24mila test effettuati che hanno rilevato 69 positivi, per uno 0,3% di positivi sui testati.

Per quanto riguarda la campagna denominata Territori sicuri, la proposta si muoveva su due assunti: 1) organizzare un sistema di offerta attiva di test antigenici rapidi nei comuni toscani, attraverso la collaborazione del sistema delle municipalità toscane, delle associazioni di volontariato e delle pubbliche assistenze; 2) elaborare un modello di selezione dei comuni basato sulla locazione geografica di questi e sui tassi di infezione per 100mila abitanti osservati nei comuni toscani durante l’ultima settimana, sommati alla velocità di progressione della epidemia rispetto alla settimana precedente (nuovi casi in aumento del 50% rispetto alla settimana precedente). La campagna era mirata, infine, a intervenire molto efficacemente su quei comuni di dimensioni medio piccole, dove la tempestività dell’intervento poteva agevolare il controllo di eventuali concentrazioni anomale di casi positivi al SARS-CoV-2.

In tabella 11.2 sono riportati i principali risultati della campagna: dal 29 dicembre 2020 al 2 aprile 2021 sono stati sottoposti a screening 32 comuni così suddivisi: 6 appartenenti all’AUSL Centro, 8 all’AUSL Nord Ovest, 18 dell’AUSL Sud Est. Più di 57mila sono stati i test effettuati, con una copertura media del 23,6% rispetto alla popolazione residente, anche se è da notare la grande variabilità nell’adesione tra i comuni, dal 4,9% di Montecarlo (LU) al 65,9% di Chiusi (SI). Le positività riscontrate sono state in tutto 355, per un tasso di positività rispetto ai testati dello 0,6%, con una variabilità assai ridotta stavolta tra i comuni, nessun territorio ha superato il 2,5% di positività.

Tabella 11.2. Riepilogo campagna Territori Sicuri – Periodo 29 dicembre 2020 – 2 aprile 2021

Comune	Prov.	Asl	Date	Test	Abitanti	Aderenti su abitanti %	Positivi al SARS-CoV2	Positivi su test %
Campo nell’Elba	LI	Nord Ovest	29/12/2020, 02/01/2021	1.016	4.691	21,7	3	0,3
Sarteano	SI	Sud Est	15-17/01/2021	2.175	4.606	47,2	1	0,0
Chiusi della Verna	AR	Sud Est	24/01/2021	327	1.936	16,9	1	0,3
Capolona	AR	Sud Est	30-31/01/2021	1.475	5.363	27,5	8	0,5
Sinalunga	SI	Sud Est	05-08/02/2021	1.753	12.435	14,1	1	0,1
Chiusi	SI	Sud Est	08-12/02/2021	5.469	8.303	65,9	47	0,9
Pontremoli	MS	Nord Ovest	13-14/02/2021	919	7.095	13	5	0,5
Terranuova Bracciolini	AR	Sud Est	13-15/02/2021	1.336	12.198	11	4	0,3
Abetone	PT	Centro	15/02/2021	157	2.037	7,7	3	1,9
Filattiera	MS	Nord Ovest	15/02/2021	528	2.239	23,6	1	0,2
Sansepolcro	AR	Sud Est	15-20/02/2021	5.775	15.521	37,2	25	0,4
Capraia e Limite	FI	Centro	20-21/02/2021	1.300	7.856	16,5	25	1,9

Comune	Prov.	AUSL	Date	Test	Abitanti	Aderenti su abitanti %	Positivi al Sars-CoV2	Positivi su test %
Monteroni d'Arbia	SI	Sud Est	23-26/02/2021	4.398	8.986	48,9	21	0,5
Barga	LU	Nord Ovest	27-28/02/2021	822	9.694	8,5	8	1,0
Ponte Buggianese	PT	Centro	27-28/02/2021	784	8.852	8,9	20	2,5
Sovicille	SI	Sud Est	27/02/2021	3.081	9.905	31,1	18	0,6
Civitella Paganico	GR	Sud Est	02-03/03/2021	988	3.048	32,4	0	-
Marciano della Chiana	AR	Sud Est	02-03/03/2021	763	3.403	22,4	7	0,9
Cecina	LI	Nord Ovest	02-06/03/2021	4.971	27.892	17,8	36	0,7
Certaldo	FI	Centro	04-06/03/2021	3.200	15.778	20,3	11	0,3
Lucignano	AR	Sud Est	06-07/03/2021	865	3.455	25,0	6	0,7
Gaiole in Chianti	SI	Sud Est	07/03/2021	648	2.618	24,8	7	1,1
Castelnuovo Berardenga	SI	Sud Est	08-10/03/2021	3.357	8.892	37,7	30	0,9
Bientina	PI	Nord Ovest	09-11/03/2021	2.412	8.496	28,4	5	0,2
Cantagallo	PO	Centro	10/03/2021	338	3.148	10,7	0	-
Castelfranco Piandiscò	AR	Sud Est	12-14/03/2021	2.346	9.922	23,6	9	0,4
Roccastrada	GR	Sud Est	20-21/03/2021	1.860	8.879	20,9	16	0,9
Rignano sull'Arno	FI	Centro	24-26/03/2021	525	8.628	6,1	6	1,1
Chianciano Terme	SI	Sud Est	27-28/03/2021	1.775	6.932	25,6	7	0,4
Montecarlo	LU	Nord Ovest	27-28/03/2021	215	4.400	4,9	3	1,4
Castellina in Chianti	SI	Sud Est	31/03/2021	831	2.751	30,2	12	1,4
Buonconvento	SI	Sud Est	01-02/04/2021	1.057	3.097	34,1	9	0,9
Totale				57.466	243.056	23,6	355	0,6

Gli interventi e i servizi a favore delle persone con disabilità e anziani non autosufficienti durante la pandemia di Covid-19

La pandemia ha inevitabilmente apportato profondi cambiamenti alle modalità di erogazione dei servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali e ha reso inderogabile la messa in atto di pratiche di gestione e tipologie di organizzazione capaci di tutelare la salute di tutti i soggetti coinvolti.

Le persone anziane e quelle con disabilità sono state tra le più esposte ai rischi derivanti dall'emergenza pandemica, sia sul piano sociale – a causa delle limitazioni ai contatti sociali e ai servizi – sia su quello sanitario – soprattutto se ospiti in strutture residenziali sociosanitarie, nelle quali si sono sviluppati focolai di contagio.

I dati ad oggi disponibili evidenziano che la diffusione di SARS-CoV-2 ha avuto un impatto rilevante nelle categorie sopracitate, in particolare nei soggetti più anziani e in coloro che presentano delle condizioni cliniche che espongono ad un maggior rischio di complicanze.

Inoltre, come emerge dal 5° *Rapporto sulle disabilità in Toscana* curato dall'Osservatorio sociale regionale, l'area della disabilità è stata tra quelle che hanno più sofferto delle restrizioni, dell'interruzione dei servizi alla persona e dell'isolamento sociale, specialmente durante la prima fase della pandemia a causa della chiusura dei Centri diurni.

Di fronte alle notevoli difficoltà, tuttavia, la buona capacità dei servizi di riorganizzarsi secondo modalità alternative – come attraverso il potenziamento dell'attività domiciliare e delle azioni svolte a distanza, pur non potendo sostituirsi alle attività svolte in presenza – ha comunque consentito di mantenere i rapporti con le persone e garantire la continuità assistenziale.

Di seguito saranno illustrate nel dettaglio le diverse tipologie di interventi e servizi che sono stati messi in atto nel corso del periodo pandemico, peraltro ancora in corso. Attraverso una ricostruzione del quadro normativo, nella prima parte del capitolo sono illustrati tutti gli interventi che hanno riguardato le strutture residenziali (RSA, RSD, CAP); la seconda parte si concentra, invece, sulle rimodulazioni dei servizi offerti dai Centri diurni e sulle tipologie di intervento messe in atto nell'ambito dell'assistenza domiciliare. Infine, gli ultimi due contributi sono dedicati a due progetti distinti, i quali – durante il periodo pandemico – hanno, ove possibile, continuato tendenzialmente a garantire l'erogazione dei servizi e delle attività previste, mettendo in pratica nuove modalità organizzative e gestionali. In particolare, si fa riferimento alle azioni progettuali connesse al programma “Dopo di noi”, rivolto alle persone con disabilità grave in età adulta, e a quelle riguardanti il progetto “Pronto Badante”, dedicato invece al sostegno della famiglia nella gestione improvvisa dei bisogni dell'anziano, che si trova per la prima volta in una situazione di disagio e difficoltà.

Interventi sulla residenzialità

N. Caruso, I. Bargelli (Regione Toscana)

Le Residenze sanitarie assistenziali (RSA), le Residenze sanitarie per disabili (RSD) e le Comunità alloggio protette (CAP) ospitano categorie di popolazione fortemente vulnerabili e fragili, quindi più esposte al rischio di infezione da SARS-CoV-2 e allo sviluppo di forme più gravi della malattia Covid-19. L'attenzione nei confronti di tali gruppi deve essere massima, pertanto nell'ambito delle strategie regionali di prevenzione e di controllo dell'epidemia, questo ha necessariamente – e obbligatoriamente – comportato l'immediata adozione, da parte delle strutture residenziali sociosanitarie regionali, di misure adeguate e omogenee per la tutela della salute e della sicurezza sia degli ospiti sia del personale.

Durante il periodo compreso tra marzo 2020 e i primi mesi del 2021, le indicazioni e le disposizioni in materia di contenimento del contagio da SARS-CoV-2 sono state costantemente aggiornate e modificate in relazione all'andamento della situazione epidemiologica, alle raccomandazioni nazionali e internazionali e alle nuove indicazioni di carattere scientifico.

Le ordinanze e circolari emesse nel mese di marzo 2020, hanno fornito alle strutture sociosanitarie le prime indicazioni relative alle misure da mettere in atto per garantire la sicurezza di tutti i soggetti coinvolti, in particolare:

- il distanziamento interpersonale e le corrette pratiche di igiene delle mani e degli ambienti;
- le limitazioni parziali e totali¹ dell'accesso alla struttura di visitatori e parenti;
- la fornitura di dispositivi di protezione individuale (DPI) al personale;
- le procedure di isolamento e quarantena degli ospiti, anche attraverso l'organizzazione di reparti dedicati;
- più severe procedure di accesso alle strutture per i nuovi ospiti.

Nel corso dei due mesi successivi sono state emesse altre ordinanze regionali² in materia di igiene e sanità pubblica, volte alla definizione delle modalità di gestione della presa in carico dei casi di Covid-19, all'organizzazione degli spazi di cura e alla presenza medica³ all'interno delle RSA, RSD e delle altre strutture sociosanitarie.

Durante il periodo estivo, il quadro epidemiologico caratterizzato da una riduzione del numero di contagi, ha preannunciato la successiva fase di convivenza con il virus. È in questo scenario che sono state approvate le *Linee di indirizzo regionali per la gestione delle strutture residenziali sociosanitarie nel graduale superamento dell'emergenza Covid-19*⁴, con l'obiettivo di definire

¹ In attuazione del DPCM del 9/03/2020, la circolare dell'11/03/2020 non consente l'accesso di visitatori alle strutture sociosanitarie.

² Ordinanza n. 21 del 29/03/2020, ordinanza n. 28 del 7/04/2020, ordinanza n. 34 del 14/04/2020, ordinanza n. 49 del 3/05/2020.

³ È previsto 1 medico ogni 300 posti letto, oltre al mantenimento del rapporto con il proprio medico di medicina generale.

⁴ DGR n.1130 del 3 agosto 2020, modificata con DGR n.1219 del 7/09/2020.

misure omogenee – e modificabili in relazione all’evoluzione della pandemia – a livello regionale, che potessero nuovamente garantire la consueta gestione delle attività e dei servizi offerti dalle strutture sociosanitarie, comunque assicurando il rispetto delle disposizioni per il contenimento dell’emergenza pandemica.

Nel documento summenzionato sono contenute le disposizioni in materia di organizzazione e gestione dell’accesso e della permanenza in struttura sia degli ospiti sia del personale operante. Le visite di familiari, dopo il periodo di limitazione, sono di nuovo permesse, per cui ne sono illustrate le modalità generali di svolgimento. A tal proposito non sono consentite visite a ospiti positivi al SARS-CoV-2 e non è permesso l’accesso all’interno dei nuclei di degenza⁵, pertanto, compatibilmente con le condizioni dell’ospite, sono da prediligere spazi esterni, oppure luoghi all’interno della struttura appositamente dedicati, sempre nel rispetto del distanziamento sociale e delle norme igieniche di sicurezza. Tuttavia, spetta alla Direzione di ogni struttura residenziale il compito di predisporre un apposito protocollo di prevenzione all’accesso.

In autunno, la ripresa della crescita del numero dei contagi e il diffondersi della cosiddetta “seconda ondata”, ha nuovamente richiesto l’adozione di misure più restrittive di prevenzione e gestione della trasmissione del virus all’interno delle strutture sociosanitarie⁶.

L’ordinanza n. 93 del 15/10/2020 fornisce indicazioni sulle procedure per i nuovi ingressi⁷, sulla gestione dei casi positivi accertati, sulle campagne vaccinali e di *screening* Covid-19, sull’utilizzo del diario clinico *Web-based* che permette la consultazione interattiva tra i diversi livelli di assistenza sul ruolo dei medici di famiglia e delle USCA, nei confronti dei pazienti Covid e sul ruolo dei team specialistici multidisciplinari.

Inoltre, è limitato completamente l’accesso ai familiari per tutta la durata del periodo di proroga dello stato di emergenza epidemiologica, ma si definisce anche la necessità di garantire la comunicazione tra residenti e familiari tramite l’utilizzo di strumenti idonei quali, contatti telefonici, videochiamate, messaggistica e l’allestimento, ove possibile, di “stanze degli abbracci”⁸. È evidente quanto l’interruzione delle relazioni con i propri affetti abbia aggravato la condizione di sofferenza e il profondo senso di solitudine di molti ospiti: fornire un’occasione di contatto e di comunicazione con i propri familiari è stato ritenuto un elemento essenziale per la qualità della vita e per il miglioramento delle condizioni psicofisiche di coloro che vivono in RSA/RSD.

A tal scopo, con la DGR n. 1508 del 30/11/2020 sono state assegnate risorse economiche specifiche pari a 882.800 euro per il potenziamento degli strumenti di comunicazione all’interno delle RSA. Dal monitoraggio sull’utilizzo di tali risorse

5 È possibile una deroga solo per estrema necessità o indifferibilità, come nel caso del fine vita.

6 In particolare, con l’ordinanza n. 89 dell’8/10/2020 è stato richiesto l’esecuzione di test sierologici rapidi o di tamponi molecolari a tutti gli operatori e agli ospiti delle strutture sociosanitarie. Inoltre, sono fornite le indicazioni sulla presa in carico del paziente positivo da parte del SSR.

7 In particolare, la creazione di appositi moduli di accoglienza e filtraggio.

8 Interventi sulla comunicazione nelle strutture sociosanitarie: DGR n.1433 del 23/11/2020; DGR n.1508 del 30/11/2020; DGR n.1642 del 21/12/2020.

emerge che, su 321 strutture, 275 (85,7%) hanno presentato domanda di contributo alle Zone distretto/Società della salute. La maggior parte degli interventi ha riguardato:

- l'acquisto di materiale multimediale (55,6%);
- l'allestimento di "stanze degli abbracci" (30,9%);
- l'installazione o potenziamento del collegamento internet (13,5%).

L'accesso all'interno delle strutture residenziali è stato poi ripristinato con l'ordinanza n. 52 del 19/05/2021⁹, ed è stato concesso a visitatori e familiari in possesso di Certificazione verde Covid-19 o di test antigenico rapido o molecolare con esito negativo. La successiva delibera n. 862 del 9/08/2021, in attuazione della circolare del Ministro della Salute del 30 luglio 2021, fornisce un ulteriore allentamento delle procedure di ingresso e ne specifica le modalità e le tempistiche: l'accesso alle residenze sarà possibile tutti i giorni della settimana, anche nei festivi e la visita potrà svolgersi in un tempo congruo al bisogno di assistenza (circa 45 minuti). Inoltre, agli ospiti sarà nuovamente permessa l'uscita temporanea dalle strutture, senza che sia necessario, dopo il rientro, ricorrere a specifiche misure di isolamento.

Sempre nel periodo autunnale del 2020 si è reso necessario un ulteriore intervento volto alla gestione del contagio all'interno delle strutture residenziali. La crescita del tasso di positività al virus fra operatori e ospiti, infatti, ha reso difficoltosa la messa in atto in tempi rapidi delle soluzioni prospettate dall'ordinanza n. 93 del 15/10/2020 per l'accoglienza di ospiti positivi. Pertanto, con l'ordinanza n. 112 del 18/11/2020 è stata disposta la riconversione, da parte delle AUSL, di alcune RSA in RSA Total Covid sulla base della percentuale di positivi presenti, che sono state prese in carico dall'SSR e considerate a totale copertura sanitaria.

La gestione dell'emergenza sanitaria per la pandemia da Covid-19 vede negli interventi erogati dalle strutture residenziali sociosanitarie – in particolare quelle per persone disabili e per anziani non autosufficienti – un elemento cardine.

Date le difficoltà organizzative, gestionali e logistiche che le strutture residenziali (RSA, RSD, CAP) hanno dovuto affrontare durante il periodo di emergenza pandemica per assicurare i servizi essenziali, sono state destinate risorse economiche aggiuntive a copertura dei costi sostenuti per necessità assistenziali e organizzative Covid-19 correlate. Infatti, con la DGR n. 1289 del 15/09/2020¹⁰ è stata riconosciuta alle RSA una quota integrativa giornaliera pari a 4 euro per posto letto, per il periodo 1/03/2020-15/10/2021, che a causa della proroga dello stato di emergenza è stato esteso fino al 31/12/2020, con l'approvazione della DGR n. 1687 del 29/12/2020¹¹.

⁹ Attuativa dell'ordinanza del Ministro della Salute dell'8/05/2021.

¹⁰ Per l'intervento è stata stanziata la somma di 12.000.000 euro nell'ambito delle risorse Covid dedicate, trasferite alla Regione ai sensi del decreto legge 19/05/2020 n. 34 Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19.

¹¹ Le risorse aggiuntive previste dalla presente delibera corrispondono a 4.086.544 euro, il cui finanziamento rientra nell'ambito di assegnazione della quota di FSR indistinto spettante a ciascuna AUSL.

Successivamente la DGR n. 332 del 29/03/2021¹² ha previsto un'ulteriore protrazione dell'intervento, dall'1/01/2021 fino al termine dello stato di emergenza. Per tale periodo è stato quantificato un costo integrativo della quota sanitaria giornaliera pari a 3 euro a posto letto e il riconoscimento, da parte delle AUSL territorialmente competenti, di una quota giornaliera pari al 40% dell'importo della quota sanitaria del modulo base, in relazione ai posti letto rimasti vuoti per motivi sanitari¹³.

In stessa data è stata approvata la DGR n. 333 che fa seguito alle ordinanze 93 e 112, la quale fornisce indicazioni chiare circa la modalità di gestione delle RSA con ospiti positivi, definendo il riconoscimento dei costi e le forme di collaborazione tra RSA e Aziende sanitarie, armonizzandole per le tre Aree vaste. Questo provvedimento consente e disciplina la collaborazione tra il personale privato che opera nelle RSA e il personale pubblico in servizio presso le AUSL, definendo i compiti degli uni e degli altri.

Come per le RSA, anche per le RSD e le CAP sono state previste risorse a sostegno delle prestazioni erogate. In particolare, la DGR n.1644 del 21/12/2020¹⁴ riconosce per il periodo dall'1/03/2020 al 31/12/2020, il ristoro dei costi sostenuti e documentati dalle suddette strutture, fino a un importo massimo giornaliero integrativo di 4 euro per posto letto. Tale misura è stata poi estesa per il periodo compreso tra l'1/01/2021 e il 31/07/2021¹⁵.

Tabella 12.1. Le risorse aggiuntive a sostegno delle misure straordinarie attuate nelle strutture residenziali per l'emergenza Covid-19

Atto	Intervento	Risorse (euro)
DGR 1289/220	Misure per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della pandemia da Covid-19. Disposizioni in merito alle prestazioni rese dalle RSA	12.000.000
DGR 1508/2020	Approvazione del documento <i>Modalità e strumenti necessari a garantire e mantenere la comunicazione tra ospiti delle RSA e i loro familiari</i> . Assegnazione delle risorse agli ambiti territoriali	882.800
DGR 1644/2020	Misure per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della pandemia da Covid-19. Disposizioni in merito alle prestazioni rese dalle RSD e dalle CAP	1.926.171
DGR 1687/2020	Misure per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della pandemia da Covid-19. Disposizioni in merito alle prestazioni rese dalle RSA nel periodo 16 ottobre - 31 dicembre 2020	4.086.544
DGR 332/2021	Misure per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della pandemia da Covid-19. Disposizioni in merito alle prestazioni rese dalle RSA dal 1° gennaio 2021 fino al termine dell'emergenza	20.000.000
DGR 605/2021	Misure per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della pandemia da Covid-19. Disposizioni in merito alle prestazioni rese dalle RSD e dalle CAP nel periodo 1° gennaio - 31 luglio 2021	1.348.320

12 Con tale atto è stata predisposta la somma di 20.000.000 euro finanziata attraverso quota di FSR indistinto spettante a ciascuna AUSL.

13 Tale quota giornaliera è riconosciuta a quelle strutture che non abbiano attivato gli ammortizzatori sociali.

14 L'intervento è stato finanziato nell'ambito delle risorse Covid dedicate, trasferite alla Regione ai sensi del decreto legge 19/05/2020 n.34.

15 DGR n. 605 del 31/05/2021 quantifica l'importo complessivo di 1.348.320 euro riservato nella quota di FSR indistinto spettante a ciascuna AUSL.

Interventi sulla semiresidenzialità e sulla domiciliarità

S. Madrigali, I. Bargelli (Regione Toscana)

I Centri diurni per persone con disabilità e anziani

Le strutture semiresidenziali a valenza sociosanitaria – comunemente chiamate Centri diurni (CD) – rappresentano, per gli ospiti e le loro famiglie, un sostegno fondamentale sotto il profilo assistenziale, oltretutto un perno della vita relazionale. Tuttavia, al principio dell'emergenza pandemica, è risultata necessaria la sospensione delle attività e dei servizi offerti per tutelare la salute dell'utenza anziana e con disabilità, più esposta al rischio di contagio da SARS-CoV-2.

Difatti l'interruzione delle attività dei Centri diurni per anziani e disabili è stata disposta con l'ordinanza n. 12 del presidente della Giunta regionale, emessa il 15/03/2020, fino al 3/04/2020. Al contempo, è stata garantita la continuità assistenziale attraverso il potenziamento dell'assistenza domiciliare e la predisposizione di piani residenziali temporanei per casi specifici ritenuti necessari dai servizi competenti¹⁶.

Successivamente, a causa dell'evoluzione del quadro epidemiologico e delle disposizioni nazionali in materia di igiene e sanità pubblica, la chiusura dei centri diurni è stata prorogata ulteriormente fino al 3/05/2020.

La fase di chiusura delle strutture semiresidenziali ha comportato importanti disagi per tutti i soggetti coinvolti, sia dal punto di vista clinico-assistenziale sia relazionale. Le persone con disabilità o quelle anziane, magari affette da demenza, hanno senza dubbio sofferto della sospensione dei propri programmi riabilitativi, assistenziali, educativi e, contestualmente, le famiglie si sono fatte carico di un notevole impegno di cura. Tuttavia, per non far mancare il supporto ai diversi soggetti coinvolti nei periodi di sospensione delle attività, molti centri hanno offerto servizi alternativi a distanza, come il monitoraggio telefonico o in videochiamata. Facendo seguito a quanto disposto dal DPCM 26 aprile 2020 art. 8, la riapertura – seppur graduale – delle strutture in questione è stata stabilita con l'approvazione di due diverse delibere, la n. 571 del 4/05/2020¹⁷ riguardante i centri per persone con disabilità, e la n. 776 del 22/06/2020¹⁸ rivolta a quelli dedicati a persone anziane. Il Protocollo operativo regionale, parte integrante di entrambi gli atti, ha individuato le necessarie precauzioni per consentire il progressivo riavvio delle attività sociali e sociosanitarie erogate dai centri semiresidenziali, sempre nel rispetto delle pratiche di prevenzione dal contagio.

¹⁶ I costi connessi a eventuali setting assistenziali temporanei sono stati coperti attraverso le risorse destinate alle convenzioni esistenti tra AUSL e singola struttura.

¹⁷ La data di apertura dei Centri diurni è stata prevista a partire dal 18/05/2020, e comunque entro l'1/06/2020 (la data di ripresa delle attività è dipesa dalle tempistiche della messa a regime delle indicazioni contenute nel Protocollo operativo).

¹⁸ L'avvio delle attività è stato disposto per l'1/07/2021.

Il documento ha inoltre disciplinato l'organizzazione degli accessi alle strutture al fine di garantire il distanziamento sociale, le modalità di riapertura e di trasporto, l'ingresso e la permanenza degli ospiti nei centri, la formazione del personale e la comunicazione con i familiari. Data l'eterogeneità delle realtà locali, sia in termini di tipologia di utenti, sia di dimensioni o locazione delle strutture, non è stata possibile l'identificazione di un'unica formula organizzativa, bensì si è resa necessaria la valutazione del singolo contesto, al fine di trovare la migliore modalità operativa per garantire una riapertura sicura ed efficace anche dal punto di vista della qualità assistenziale.

Per quanto riguarda l'area della disabilità, sono state censite complessivamente¹⁹, nell'ambito della ricognizione dell'offerta dei servizi (pre-Covid-19) 173 strutture tra cui:

- 8 CD sanitari-riabilitativi;
- 68 CD socioassistenziali;
- 74 CD sociosanitari;
- 23 progetti per attività socioeducative e di socializzazione.

Di queste strutture, 156 hanno dichiarato la riapertura²⁰ tra cui:

- 8 CD sanitari-riabilitativi;
- 66 CD socioassistenziali;
- 60 CD sociosanitari;
- 22 progetti per attività socioeducative e di socializzazione.

Alcune strutture (2 CD socioassistenziali e 4 CD sociosanitari) hanno previsto una data di riapertura da definire, mentre 8 strutture (7 CD sociosanitari e 1 progetto per attività socioeducative e di socializzazione) hanno dichiarato l'impossibilità di riprendere le attività, o perché inseriti nell'ambito di struttura residenziale e quindi impossibili da riattivare, o perché non in grado di garantire l'applicazione delle disposizioni previste dal Protocollo operativo.

Per ciò che concerne, invece, le strutture semiresidenziali per anziani presenti in Toscana – in particolare quelle ubicate all'interno di strutture residenziali o comunque contigue – la maggior parte di esse non è stata in grado di garantire la riapertura, non potendo assicurare in maniera esaustiva il rispetto delle indicazioni previste dal Protocollo operativo. Nello specifico, il 35% dei Centri diurni per anziani ha presentato una data di riapertura, mentre il restante 65% non ha potuto riprendere l'attività, per motivi logistico-strutturali e/o organizzativi.

Le due delibere sopracitate hanno assegnato risorse specifiche²¹ alle Zone distretto e alle Società della salute, finalizzate all'attuazione degli interventi necessari alla gestione sicura delle fasi di

¹⁹ Attraverso la Scheda Progetto relativa alla ripresa delle attività erogate all'interno o da parte di centri semiresidenziali per persone con disabilità, trasmessa dalle ZD/SdS ai sensi della DGR n. 571 del 4/05/2020, ai fini del trasferimento delle risorse previste.

²⁰ Nel rispetto del Protocollo operativo approvato con la DGR n. 571/2020.

²¹ La DGR n.571 del 04/05/2020 stanziava la somma di 3.000.000 euro nell'ambito delle risorse Covid dedicate trasferite alla Regione ai sensi del decreto legge 19/05/2020 n. 34; la DGR n.776 del 20/06/2020 prevede la somma complessiva di 3.000.000 euro, nello stesso ambito di risorse.

riapertura delle strutture e di ripresa delle attività. L'utilizzo delle risorse assegnate con la DGR n. 571/2020 e rendicontate per il periodo dal 18/05/2020 al 31/01/2021, ha riguardato:

- la copertura delle spese relative al personale aggiuntivo (45%);
- acquisto materiale e prestazioni per pulizia e sanificazione ambienti, acquisto DPI, formazione del personale (22,3%);
- la riorganizzazione delle attività (acquisto prestazioni e servizi per attività complementari a domicilio, attività da remoto) (15%);
- il potenziamento del servizio di trasporto sociale (8,4%);
- l'adattamento e adeguamento delle strutture (6,3%);
- la riorganizzazione del servizio mensa (3%).

Successivamente, nel mese di novembre 2020, la Giunta regionale è intervenuta economicamente nei confronti delle strutture semiresidenziali per soggetti con disabilità, destinando una somma complessiva di 2.440.000 euro²² al sostegno degli enti gestori che, in conseguenza dell'emergenza epidemiologica da Covid-19, hanno affrontato gli oneri derivanti dall'adozione di sistemi di protezione del personale e degli utenti²³.

In particolare, le suddette risorse sono state utilizzate come segue:

- acquisto di prodotti e sistemi per l'igiene delle mani, igiene respiratoria, nonché dispositivi di protezione individuale, incluse le mascherine di tipo chirurgico (32%);
- copertura dei costi di sterilizzazione delle attrezzature utilizzate e sanificazione ambientale (26%);
- trasporto aggiuntivo derivante dalla riorganizzazione delle attività dovuta alla chiusura delle strutture (25%);
- interventi di manutenzione ordinaria e sanificazione degli impianti di climatizzazione (7%);
- formazione specifica del personale relativamente alle modalità con le quali prevenire la trasmissione dell'infezione da SARS-CoV-2 (4%);
- acquisto di *tablet* e dispositivi per videochiamate (3,5%);
- acquisto di strumenti diagnostici o di misurazione della temperatura (2%);
- acquisto di strumenti per la comunicazione delle informazioni di sicurezza (0,5%).

Un passo avanti verso il ritorno alla normalità è stato fatto con l'approvazione della DGR. n. 645 del 14/06/2021, con la quale sono state aggiornate e alleggerite le disposizioni anti-contagio

²² Con l'approvazione della DGR n. 1507 del 30/11/2020 che assegna alle Zone distretto/SdS le risorse trasferite alla Regione Toscana ai sensi del DPCM 23/07/2020.

²³ Nello specifico, l'intervento è stato rivolto alle spese sostenute dalle strutture nel periodo compreso tra il 17/03/2020 e il 31/12/2020. Inoltre, esse devono aver riguardato: la formazione specifica del personale; l'acquisto di DPI; la sterilizzazione delle attrezzature e sanificazione degli ambienti; l'acquisto di strumenti per la comunicazione delle informazioni di sicurezza; l'acquisto di strumenti per facilitare la comunicazione attraverso le videochiamate; il trasporto aggiuntivo dovuto alla riorganizzazione delle attività.

all'interno dei Centri diurni ed è stato previsto un sostegno economico pari a 2.595.000 euro, per favorire una ripresa più ampia delle attività e aiutare le strutture semiresidenziali a sostenere il surplus di costi dovuto all'ottemperanza delle misure anti-Covid. L'obiettivo dell'intervento è stato quello di incentivare la riapertura delle strutture che ancora non avevano riavviato le proprie attività, e consentire, a quelle già in funzione, la ripresa piena delle funzioni esercitate prima della pandemia.

L'assistenza domiciliare

L'assistenza domiciliare è stata senza dubbio un servizio prezioso e insostituibile durante tutto il periodo pandemico. In questo ambito, l'attivazione del servizio di spesa a domicilio²⁴ è stata la prima azione messa in atto dalla Regione, che ha previsto l'assegnazione di 3.000.000 euro²⁵ alle Zone distretto e Società della salute, da destinare al sostegno di persone anziane la cui condizione di fragilità e solitudine è stata ulteriormente aggravata dalle misure restrittive precauzionali imposte dal DPCM dell'8/03/2020 e che – a causa di problematiche di salute o non potendo contare sull'aiuto di familiari – non avevano la possibilità di provvedere autonomamente al reperimento di generi alimentari. L'intervento ha coinvolto anche le persone con disabilità con età inferiore ai 65 anni in situazione di fragilità che, per i motivi sopracitati, hanno avuto necessità di tale servizio.

È evidente quanto la stretta collaborazione tra soggetti istituzionali, Terzo settore e volontariato sia risultata fondamentale per la realizzazione degli interventi in maniera omogenea su tutto il territorio regionale, garantendo, inoltre, equità in termini di accesso alle politiche e alle azioni di sostegno a tutte le persone beneficiarie del servizio.

Attraverso le risorse stanziare con la DGR n. 322/2020 sono stati effettuati complessivamente oltre 90.000 servizi di spesa a domicilio ed è stato attivato in tutte le Zone distretto/Società della salute un numero telefonico di riferimento, a disposizione della cittadinanza per richiedere il servizio.

La DGR n. 1506 del 30/11/2020 ha disposto un ulteriore provvedimento volto a contrastare la condizione di isolamento sociale di persone anziane, disabili, fragili – e dei familiari che se ne prendono cura – e la mancanza degli abituali supporti formali e informali. A tale scopo sono state destinate risorse economiche pari a 2.000.000 euro²⁶ alle Zone distretto e alle Società della salute toscane, in considerazione della molteplicità di bisogni legati allo scenario pandemico ai quali i territori hanno dovuto rispondere e con l'obiettivo di garantire e sostenere l'erogazione – quanto più tempestiva – di pacchetti di assistenza domiciliare socio-sanitaria e socioassistenziale.

Nello specifico, il provvedimento ha riguardato un sostegno alle spese sostenute a partire dal 15/10/2020 fino al 31/01/2021 e i principali destinatari sono stati: le persone con disabilità

²⁴ Disposto dalla DGR n.322 dell'11/03/2020.

²⁵ Finanziamento ricompreso nell'ambito dell'assegnazione della quota di FSR Indistinto spettante a ciascuna AUSL per l'anno 2020.

²⁶ L'intervento è stato finanziato nell'ambito delle risorse Covid dedicate, trasferite alla Regione ai sensi del decreto legge 19/05/2020 n.34.

o anziani fragili/non autosufficienti soli e in condizione di isolamento o quarantena a causa Covid-19, oppure i cui familiari o *caregiver* temporaneamente impossibilitati a prestare loro supporto poiché in isolamento o quarantena per Covid-19.

Ulteriori risorse economiche sono state stanziare nel mese di maggio 2021 con la DGR n. 511, che ha assegnato una somma di 2.500.000 euro²⁷ alle AUSL, destinata ai soggetti erogatori di prestazioni di assistenza domiciliare che, per garantire un livello di assistenza compatibile con le esigenze di sanità pubblica e di sicurezza delle cure, nel periodo compreso dall'1/03/2020 al 31/12/2020, hanno incrementato i loro interventi e sostenuto maggiori costi per necessità assistenziali e organizzative dovute alla pandemia.

Al potenziamento dell'assistenza domiciliare è stato necessariamente affiancato anche il rafforzamento dei canali di comunicazione rivolti alle famiglie di persone con disabilità o anziane, sia per assicurare la continuità assistenziale, sia per intervenire nei casi di emergenza clinica o sociale. L'implementazione di modalità alternative di contatto tra i servizi territoriali e l'utenza è stata utile per continuare a rispondere ai bisogni di assistenza e per fornire sostegno, ascolto e orientamento ai familiari o ai *caregiver*.

Attraverso l'attivazione di vari numeri verdi, il servizio di *front office* telefonico ha garantito la diffusione di informazioni corrette e aggiornate in merito al Covid-19 e all'emergenza sanitaria in corso, per quanto riguarda la prevenzione e le norme igienico-sanitarie da mettere in atto durante l'assistenza delle persone appartenenti alle categorie più fragili e vulnerabili.

Un ulteriore intervento, con coordinamento regionale finalizzato all'informazione e all'orientamento nell'ambito dei percorsi sanitari per le persone con disabilità, è stato quello relativo all'istituzione della figura di *Nurse Coach*²⁸. L'attivazione del servizio è stata prevista attraverso il programma PASS (Percorsi assistenziali per soggetti con bisogni speciali) con l'obiettivo di indirizzare l'utenza, dare consigli specifici e mantenere un follow-up a distanza. Anche nell'ambito dei servizi rivolti a persone con demenza è stata attivata una task force da parte della rete regionale AIMA (Associazione italiana malattia di Alzheimer), con l'obiettivo di fornire ascolto, sostegno e orientamento alle famiglie. Il contatto telefonico è stato gestito da personale medico e infermieristico ed ha garantito un supporto di carattere sanitario e informativo riguardo indicazioni sulla gestione a casa delle persone malate e il monitoraggio clinico dei pazienti in carico. Inoltre, è stato previsto, a partire dal sito aimacomunica.it, anche lo strumento di comunicazione digitale ideato da AIMA Firenze appositamente per questa fase di emergenza.

²⁷ L'intervento è stato finanziato nell'ambito delle risorse Covid dedicate, trasferite alla Regione ai sensi del decreto legge 19/05/2020, n.34.

²⁸ Come previsto nella DGR n. 510 del 14/04/2020.

Tabella 12.2. Le risorse aggiuntive a sostegno delle misure straordinarie attuate nelle strutture semiresidenziali e per l'assistenza domiciliare a causa dell'emergenza Covid-19

Atto	Intervento	Risorse (euro)
DGR 322/2020	Misure per la prevenzione e la gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19. Assegnazione risorse alle Zone distretto/SdS per l'attivazione del servizio di spesa a domicilio.	3.000.000
DGR 571/2020	Protocollo operativo per il rispetto delle disposizioni per la prevenzione dal contagio e la tutela della salute degli utenti e degli operatori finalizzato alla riapertura delle strutture semiresidenziali per persone con disabilità, ai sensi dell'art. 8 del DPCM 26 aprile 2020.	3.000.000
DGR 776/2020	Protocollo operativo per il rispetto delle disposizioni per la prevenzione dal contagio e la tutela della salute degli utenti e degli operatori finalizzato alla riapertura delle strutture semiresidenziali per persone anziane, estendendo l'ambito di applicazione dell'art. 8 del DPCM 26 aprile 2020.	3.000.000
DGR 1506/2020	Intervento regionale finalizzato al potenziamento dell'assistenza domiciliare nello scenario emergenziale relativo alla pandemia di Covid-19. Destinazione risorse.	2.000.000
DGR 1507/2020	Indennità agli enti gestori delle strutture semiresidenziali per persone con disabilità che, in conseguenza dell'emergenza epidemiologica da Covid-19, devono affrontare gli oneri derivati dall'adozione di sistemi di protezione del personale e degli utenti ai sensi del DPCM 23 luglio 2020. Destinazione risorse.	2.440.000
DGR 511/2021	Assegnazione alle Aziende UU.SS.LL. di risorse destinate ai soggetti erogatori di prestazioni di Assistenza Domiciliare che, nel periodo dal 1° marzo al 31 dicembre 2020 a causa della pandemia Sars-CoV 2, hanno avuto un incremento di costi per necessità assistenziali e organizzative Covid correlate.	2.500.000
DGR 645/2021	Aggiornamento Protocollo operativo per il rispetto delle disposizioni per la prevenzione dal contagio e la tutela della salute degli utenti e degli operatori finalizzato al funzionamento delle strutture semiresidenziali per persone con disabilità e per anziani.	2.595.000

Il percorso “Dopo di noi” durante la pandemia

L. Baggiani, I. Bargelli (Regione Toscana)

Le azioni progettuali connesse al programma “Dopo di noi”, in attuazione della Legge 112/2016²⁹ sono rivolte alle persone con disabilità grave in età adulta, prive del sostegno familiare, o i cui genitori non sono in grado di fornire loro l'adeguato sostegno, nonché in previsione del venir meno di tale supporto in futuro. Compatibilmente con le abilità e le competenze del singolo, i percorsi attivati hanno come obiettivo quello di favorire la progressiva autonomia, il benessere e la piena inclusione sociale dei beneficiari. Questo si concretizza attraverso l'implementazione di interventi personalizzati e attivamente partecipati, a sostegno della fuoriuscita dal nucleo familiare e della deistituzionalizzazione del soggetto coinvolto. Inoltre, il supporto alla domiciliarità è messo in atto attraverso soluzioni alloggiative che riproducono quanto più possibile contesti di tipo familiare, al fine di far acquisire alla persona con disabilità maggiore autonomia nella gestione quotidiana della propria vita.

²⁹ Legge 22 giugno 2016 n. 112 “Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare”.

Si ispirano a questi criteri ed obiettivi i 28 progetti territoriali che, a partire dalla DGR 753/2017³⁰, hanno dato vita ad un percorso di programmazione triennale articolato in diversi ambiti di intervento strutturati per consentire il graduale distacco dall'ambiente familiare, la partecipazione a contesti relazionali e processi di sviluppo inediti, nonché per la sperimentazione di forme di coabitazione. Gli ambiti di intervento individuati riguardano:

- i percorsi per l'accompagnamento all'uscita dal nucleo familiare di origine e per la deistituzionalizzazione (ambito A);
- gli interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative con caratteristiche simili al contesto familiare (ambito B);
- i programmi di accrescimento della consapevolezza e lo sviluppo delle competenze, per favorire l'autonomia delle persone con disabilità grave ed una migliore gestione della vita quotidiana, anche attraverso tirocini per l'inclusione sociale (ambito C).

La diffusione del virus SARS-CoV-2 ha impattato in maniera significativa sui progetti del "Dopo di Noi", sia dal lato dei beneficiari dei servizi, sia da quello dei gestori dei progetti, i quali hanno dovuto necessariamente riadattare l'organizzazione e la gestione delle persone inserite nei percorsi di *cohousing*.

Secondo quanto emerge dal monitoraggio annuale sullo stato di attuazione dei progetti, curato dall'Agenzia regionale di sanità attraverso un apposito portale per la raccolta dei dati zionali, l'emergenza Covid-19 ha notevolmente condizionato lo svolgimento delle attività³¹. Soprattutto nel secondo semestre del 2020 si è verificato un significativo riadattamento organizzativo e gestionale dei progetti in corso, che ha implicato rimodulazioni procedurali e maggiore impegno anche in termini di risorse. Infatti, alcuni progetti hanno ripreso le attività in presenza, mentre altri sono stati riadattati per essere svolti solo da remoto. Inoltre, la paura del contagio ha generato in diversi casi l'astensione dai percorsi, determinando in tal modo una regressione rispetto ai traguardi già raggiunti.

Nonostante le difficoltà e le limitazioni che hanno interessato i servizi territoriali fin dal principio dell'emergenza sanitaria, è stato registrato un incremento nel numero di persone che hanno presentato richiesta di accesso agli interventi finanziati attraverso il fondo "Dopo di Noi" rispetto all'anno 2019 (+174); l'incremento ha interessato anche il contingente di persone ammesse agli interventi (+58) con uno scarto favorevole, sebbene contenuto, rilevabile anche tra il 1° e 2° semestre del 2020 (+3), a dimostrazione del fatto che l'esito positivo dei singoli progetti – passati o in corso – ha generato una maggiore adesione all'iniziativa.

Nella prima fase pandemica, le attività semiresidenziali sono state interrotte, mentre quelle riguardanti la residenzialità hanno previsto:

- riorganizzazione del personale e delle attività: in conseguenza alla chiusura dei Centri

30 DGR 753 del 10/7/2017 (Legge 112/2016. Approvazione del "Programma attuativo" di cui al comma 2 dell'art.6 del DM 23 novembre 2016 e degli elementi essenziali dell'Avviso pubblico "Servizi alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare).

31 Legge 22 giugno 2016, n.112 "Dopo di Noi" – Monitoraggio stato di attuazione dei progetti approvati con decreti dirigenziali 2803/2018 e 4872/2018. Relazione anno 2020. ARS Toscana, 2021.

diurni è stato necessario incrementare il personale di assistenza/educativo e garantirne la presenza per tutto l'arco della giornata;

- un incremento di spese, non preventivabili, per DPI e sanificazione degli ambienti;
- attivazione di interventi da remoto (laboratori *on line* di cucina/musica/lettura, chiamate singole e videochiamate di gruppo) per favorire la continuità progettuale e attenuare l'isolamento dei beneficiari e delle loro famiglie.

Nonostante le difficoltà e il notevole impegno richiesto, dopo un primo periodo di assestamento, le attività *on line* si sono sviluppate e hanno rappresentato un'importante risorsa, poi condivisa da tutti gli ambiti territoriali. Inoltre, questa modalità di intervento è stata utile anche dal punto di vista educativo, in quanto ha permesso di fornire ai beneficiari le principali informazioni sul virus e sulle modalità di prevenzione dal contagio.

Nella seconda parte dell'anno 2020, in relazione all'andamento epidemiologico, è stata avviata la fase di ripresa delle attività sospese o rimodulate in precedenza, mentre i colloqui individuali e gli incontri mensili con le famiglie hanno continuato a svolgersi prevalentemente in modalità *on line*. Anche il primo semestre del 2021, pur continuando a rilevare rallentamenti e riorganizzazioni, lascia intravedere capacità di resilienza e ripresa, come dimostra il ripristino di molte delle attività e la riapertura dei servizi che hanno incontrato una più convinta adesione da parte delle famiglie.

La condizione di isolamento vissuta durante il primo *lockdown*, accompagnata alla paura per i rischi legati al Covid-19, hanno generato in diversi casi una regressione rispetto agli obiettivi raggiunti dai beneficiari ed hanno determinato anche un aumento del lavoro di cura delle famiglie. Questo ha richiesto una ripresa quanto più graduale delle attività ordinarie da svolgere in piccoli gruppi e l'inserimento di azioni individuali finalizzate al recupero della socialità (uscire di casa, fare la spesa, rivedere amici, ecc.). Tuttavia, per garantire la sicurezza e la tutela della salute di tutti i soggetti coinvolti negli interventi, nel periodo autunnale e nel corso dei primi mesi del 2021 sono state privilegiate soprattutto attività all'aria aperta come i laboratori di ortoterapia, la pesca e l'attività fisica, che, nel complesso, hanno generato effetti positivi sui partecipanti.

Ad oggi, diversi progetti risentono di un rallentamento nello svolgimento delle attività con alcuni ambiti di intervento non ancora avviati o adeguatamente implementati: ne consegue una mancanza di continuità che ha contribuito a determinare una situazione di maggiore incertezza a livello organizzativo e gestionale dovuta alla particolarità del periodo. Ciononostante, i dati relativi al primo semestre del 2021 mostrano un incremento rispetto al 2020 sia del numero di persone che hanno presentato richiesta di accesso al programma (+84), sia delle ammissioni a seguito di una valutazione multidimensionale (+58). Al 30 giugno 2021 risultano essere 1.020 le persone beneficiarie effettive di progetto, 39 in più rispetto all'anno precedente³².

32 Legge 22 giugno 2016, n.112 "Dopo di Noi" – Monitoraggio stato di attuazione dei progetti approvati con decreti dirigenziali 2803/2018 e 4872/2018. Relazione primo semestre 2021. ARS Toscana, 2021.

In conclusione, il 2020 ha fortemente condizionato la realizzazione e lo sviluppo delle attività previste, le quali, per assicurare la continuità dei percorsi e attenuare la perdita dei progressi raggiunti dai beneficiari, sono state necessariamente rimodellate facendo emergere nuove formule di intervento innovative applicabili anche in futuro. Tuttavia, la ripresa dello svolgimento dei progetti non è stata omogenea a livello territoriale, infatti alcune realtà hanno risentito maggiormente del clima di incertezza e restano tuttora in attesa di poter riprendere il complesso delle proprie attività in sicurezza.

La prima annualità di pandemia è caduta nel momento delicato in cui la progettazione triennale, entrando nella fase finale, necessitava di essere rilanciata e consolidata, anche in considerazione del nuovo criterio ministeriale di assegnazione del fondo calibrato, dal novembre 2019, su un arco temporale annuale³³. Il 2020 ha visto dunque l'adozione di due provvedimenti regionali incentrati sull'obiettivo di proseguire l'azione di sostegno al sistema di servizi ed interventi integrati territoriali per il "Dopo di Noi". Nel marzo del 2020, attraverso la deliberazione di Giunta regionale n. 308³⁴, sono state stanziati risorse aggiuntive regionali, per un totale di 3.117.100 euro, finalizzate alla continuità ed alla prosecuzione delle azioni programmate dalle Zone distretto e Società della salute e quindi a dare respiro e sviluppo ai progetti afferenti ai tre ambiti di intervento sanciti con la precedente deliberazione 753/2017.

Questo provvedimento rappresenta una sorta di ponte verso la nuova programmazione per l'utilizzo del fondo ministeriale 2019 realizzata attraverso la deliberazione di Giunta regionale n. 623 adottata nel maggio 2020³⁵. I circa 3 milioni e 400mila euro stanziati dal Ministero sono stati ripartiti alle Zone distretto e Società della salute riconfermando l'impianto già strutturato con la delibera 753/2017 in riferimento, in particolare, agli strumenti della co-programmazione e co-progettazione pubblico-privato, al ricorso alla valutazione multidimensionale per la definizione del progetto di vita personalizzato e all'attivazione degli ambiti di intervento sperimentati, nonché delle risorse per interventi infrastrutturali di adeguamento e miglioramento delle soluzioni alloggiative, semiresidenziali o laboratoriali. Il conseguente processo di pianificazione delle nuove azioni si è concluso nel marzo 2021 con la presentazione di 28 nuovi programmi attuativi territoriali da parte delle Zone distretto e Società della salute, tutt'ora in corso³⁶.

Sul versante delle attività a carattere semiresidenziale e laboratoriale, le Zone distretto e Società della salute, insieme ai soggetti attuatori dei progetti, hanno avuto a disposizione anche le risorse aggiuntive stanziati per fronteggiare spese connesse all'acquisto di DPI, alla formazione specifica del personale e a tutte le necessità per la messa in sicurezza degli ambienti e per la campagna di comunicazione³⁷.

33 DPCM 21 novembre 2019 "Riparto del Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, per l'annualità 2019".

34 DGR n. 308 del 9/3/2020 "Assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare - Anno 2020: prosecuzione degli interventi previsti dalla legge 112/2016 e programmati con DGR 753/2017".

35 DGR n. 623 del 18/5/2020 "Assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare: approvazione della programmazione, ai sensi dell'articolo 2 del DPCM 21 novembre 2019".

36 I progetti territoriali hanno preso avvio dall'1/05/2021.

37 Si veda al riguardo il capitolo "Interventi sulla semiresidenzialità e sulla domiciliarità. I Centri diurni per persone con disabilità e per anziani" in questo stesso volume.

Per continuare a sostenere concretamente le Zone distretto e Società della Salute impegnate nella realizzazione delle attività programmate, la Regione ha infine diffuso, nel novembre del 2020, delle indicazioni operative utili a garantire nel perdurare dell'emergenza sanitaria continuità e risposte adeguate ai bisogni dei beneficiari³⁸. Di fatto le indicazioni regionali hanno introdotto dei criteri di flessibilità nelle modalità attuative delle azioni progettuali aprendo la strada a modifiche e variazioni programmabili, pur nella invariabilità dei costi e delle percentuali di impiego in caso di riallocazione delle risorse tra i diversi ambiti di intervento. Anche grazie a queste indicazioni i territori hanno potuto affrontare con maggiore flessibilità l'impatto dell'emergenza sanitaria, rimodulando azioni ed interventi in soluzioni maggiormente aderenti allo stato contingente dei servizi ed ai nuovi bisogni delle persone, come si ricava dagli esiti del monitoraggio semestrale sopra richiamato.

Tabella 12.3. Le risorse a sostegno dei percorsi per il “Dopo di Noi” stanziare nel 2020

Atto	Intervento	Risorse (euro)
DGR 308/2020	Continuità e sviluppo delle azioni progettuali programmate in attuazione della DGR 753/2017- Risorse integrative regionali.	3.117.100
DGR 623/2020	Programmazione fondo annualità 2019. Interventi aggiuntivi a quelli previsti dalla DGR 753/2017- Risorse statali.	3.438.930

Il progetto “Pronto Badante”

P. Morelli, I. Bargelli (Regione Toscana)

L'obiettivo del progetto regionale “Pronto Badante - Interventi di sostegno e integrazione nell'area dell'assistenza familiare in Toscana” è quello di sostenere la famiglia nella gestione improvvisa dei bisogni dell'anziano, che si trova per la prima volta in una situazione di disagio e difficoltà. A tal scopo sono attivati interventi di tipo informativo sui percorsi socioassistenziali territoriali, e di tipo economico, che offrono sostegno alla famiglia durante l'iter di attivazione di un rapporto lavorativo con un/un'assistente familiare.

Il percorso inizia attraverso la segnalazione del bisogno, da parte dell'utenza, al numero verde gratuito dedicato, alla quale segue la presa in carico del caso e l'attivazione – entro 24/48 ore – di un intervento di supporto e tutoraggio personalizzato, direttamente a casa dell'anziano in presenza di un operatore. Quest'ultimo ha il compito di informare e orientare la famiglia e la persona anziana, sui percorsi di assistenza attivabili nell'immediato e sugli adempimenti amministrativi. Qualora risultasse necessario, può essere erogato un contributo *una tantum* in forma di libretto famiglia per avviare un primo rapporto di lavoro – regolarizzato tramite procedura INPS – con un/un'assistente familiare.

³⁸ Nota operativa trasmessa ai Direttori di Zona Distretto e Società della Salute: “Progetti Dopo di Noi (decreto dirigenziale n. 11890/2017). Aggiornamento indicazioni operative” del 13/11/2020, prot. 0395001.

Una peculiarità del progetto riguarda l'attivazione di una rete territoriale di protezione³⁹ a supporto della famiglia e della persona anziana che, attraverso il coinvolgimento delle realtà del volontariato, dei soggetti del Terzo settore e la collaborazione con il sistema dei servizi pubblici, consolida la qualità del welfare territoriale attraverso politiche sociali innovative e di inclusione.

La pandemia di Covid-19 ha ulteriormente evidenziato i disagi e le fragilità delle persone anziane e delle loro famiglie. Nonostante le difficoltà che il sistema sociosanitario toscano ha necessariamente dovuto affrontare, il progetto "Pronto Badante" non ha interrotto la sua attività ed ha dimostrato capacità di adattamento alle situazioni in evoluzione delle famiglie, degli anziani e dei soggetti chiamati ad erogare il servizio, anche in termini di risposta alle nuove esigenze dettate dal contesto pandemico.

Grazie alla cooperazione e alla flessibilità di tutti i soggetti coinvolti, le modalità di intervento sono state rimodulate in relazione all'emergenza in corso e ai protocolli di sicurezza, al fine di assicurare la continuità dei servizi a sostegno delle famiglie e fornire adeguato supporto socioassistenziale agli anziani in condizione di fragilità. Infatti, fin dal principio dell'emergenza sanitaria, è stato rafforzato il sistema di presa in carico domiciliare telefonica e in videochiamata, nonché potenziate le attività di assistenza, informazione e tutoraggio, tramite il costante monitoraggio telefonico effettuato dai soggetti capofila e partner gestori degli interventi. A tal proposito, la rete di collaborazione messa in campo dai diversi soggetti direttamente coinvolti nel progetto e i servizi territoriali ha avuto un ruolo cruciale, in quanto ha consentito di rispondere il più rapidamente possibile alle richieste di aiuto anche nel periodo di attuazione delle misure maggiormente restrittive, varate per contrastare la diffusione del contagio del virus.

Dal monitoraggio dell'andamento del progetto durante l'anno 2020, è emersa una sostanziale tenuta delle attività previste, anche considerando l'impossibilità, durante il primo *lockdown*, di realizzare le visite domiciliari. Infatti, nel periodo 2020-2021 sono arrivate 12.415 telefonate al numero verde, sono state effettuate 6.520 tra visite a casa dell'anziano, telefonate o tele-visite e predisposti 4.310 libretti di famiglia di cui 4.245 attivati (1.293.000 euro). I dati dimostrano quanto "Pronto Badante" abbia assicurato, quindi, una notevole capacità di continuità nell'erogazione dei servizi alle famiglie e garantito condizioni di prossimità, peraltro già maturate negli anni precedenti.

Inoltre, a fronte di un sostanziale rallentamento sia delle attività sanitarie ospedaliere non comportanti il ricovero per Covid-19, sia di quelle sociosanitarie territoriali, il progetto ha svolto un ruolo di supporto ai Servizi sociali territoriali, anche in termini di monitoraggio della popolazione assistita a domicilio.

La rimodulazione degli interventi ha fatto emergere una serie di azioni innovative che potranno essere adottate e sistematizzate per la qualificazione degli interventi anche quando la

³⁹ La rete territoriale si basa su un network composto da coordinamento regionale, capofila e reti territoriali di Terzo settore e attualmente coinvolge 295 sedi zonali di tali organizzazioni: 155 organizzazioni di volontariato/APS e altri soggetti onlus, 113 cooperative sociali, 27 patronati dei lavoratori e la collaborazione con INPS per acquisizione e gestione dei libretti famiglia.

pandemia, tuttora in corso, sarà finalmente superata, nell'ottica di favorire il consolidamento di una presa in carico e di relazioni di cura sempre più personalizzate e aderenti ad una domanda in costante evoluzione. Nello specifico le suddette azioni hanno riguardato:

- assistenza tecnologicamente supportata (telefonicamente o attraverso videochiamata);
- corsi di formazione per operatori, sia in presenza sia in modalità *on line*, riguardanti anche la formazione in materia di prevenzione e riduzione del contagio da SARS-CoV-2, al fine di rafforzare la loro sicurezza sul lavoro e quindi anche quella degli anziani assistiti e dei familiari di riferimento;
- potenziamento delle iniziative di marketing territoriale attraverso l'adozione di nuove forme di comunicazione;
- processo di monitoraggio e di valutazione.

Tenuto conto sia della necessità di far fronte agli effetti negativi prodotti dall'emergenza pandemica sul tessuto sociale regionale, sia degli apprezzabili risultati generati dalla realizzazione del progetto nel corso della sua esperienza, avviata nel 2015 e rinnovata annualmente, è stato ritenuto opportuno dare prosecuzione e stabilità agli interventi di sostegno e integrazione nell'area dell'assistenza familiare, attraverso l'approvazione del "Pronto Badante" anche per l'annualità 2021⁴⁰.

Come emerge dai recenti dati del monitoraggio, già nel corso dei primi cinque mesi del nuovo ciclo progettuale, lo svolgimento delle attività previste sta seguendo un andamento sostenuto, considerando le 5.679 telefonate arrivate al numero verde, le 2.989 visite effettuate a casa dell'anziano/telefoniche/video-chiamate e i 1.825 libretti famiglia di cui 1.404 già attivati (421.200 euro).

A partire da questa nuova annualità e per tutta la durata di valenza del progetto, la persona anziana e/o la famiglia possono usufruire di un eventuale supporto di un operatore nell'accompagnamento nel primo accesso allo sportello del Punto Insieme, quale luogo di accesso ai servizi ed alle prestazioni in favore delle persone che non sono più in grado di provvedere autonomamente alle necessità di tutti i giorni.

Inoltre, è prevista un'attività di sperimentazione finalizzata a incentivare l'iter di accreditamento degli operatori individuali (assistenti familiari) che coinvolge i seguenti ambiti territoriali:

- Zona distretto Pisana e Zona distretto Alta Val di Cecina-Valdera per la Toscana Nord Ovest;
- Zona distretto Pratese e Zona distretto Empolese-Valdarno Inferiore per la Toscana Centro;
- Zona distretto Val di Chiana Aretina per la Toscana Sud Est.

Gli obiettivi di suddetta attività in fase sperimentale riguardano:

- il miglioramento della qualità dei servizi socioassistenziali;
- il supporto rivolto alle famiglie nel fronteggiare le numerose difficoltà riscontrate nel

40 DGR n.125 del 15/02/2021, con la quale è stata predisposta la somma complessiva di 2.999.850 euro.

conciliare i tempi di vita, di lavoro e di cura quando si manifesta la prima fragilità della persona anziana e in particolare nell'individuazione di una/un assistente familiare;

- incentivare ulteriormente la regolarizzazione del lavoro di assistenza familiare;
- qualificare il lavoro privato di assistenza familiare, attraverso un'adeguata formazione.

Le politiche regionali a sostegno della rete dei servizi e interventi sociali in Toscana nell'ambito dell'emergenza epidemiologica Covid-19

M. La Mastra, S. Lomi, C. Corezzi, B. Cigolotti, C.A. Goldbach, L. Bani, C. Crudeli (Regione Toscana)

Durante la situazione di emergenza Covid-19, Regione Toscana ha supportato il sistema dei servizi sociali che ha continuato a garantire gli obiettivi di inclusione e coesione sociale, con particolare riferimento alle azioni di sostegno a favore delle persone e delle famiglie in condizioni di maggiore vulnerabilità e marginalità. Proviamo quindi a riassumere le principali linee di impegno promosse nel settore degli interventi e dei servizi sociali, corrispondendo alle sfide dell'emergenza epidemiologica. Altre misure sono dettagliate nei capitoli specifici che illustrano alcuni interventi settoriali legati al sistema regionale di welfare.

Inclusione sociale e povertà

- Risorse del Fondo sociale regionale di cui all'articolo 45 della LR 41/2005: vista l'emergenza socio-sanitaria generata dal diffondersi del SARS-CoV-2, la proposta sottoposta alla Conferenza regionale dei sindaci ha previsto che anche per il 2020 il Fondo di solidarietà interistituzionale fosse erogato alle Zone per interventi e servizi sociali attivati sul territorio in relazione all'emergenza in corso, utilizzando per il riparto il criterio demografico della popolazione residente nei territori, come avvenuto per l'anno precedente; la procedura di consultazione si è conclusa con il parere positivo dei membri della Conferenza regionale dei sindaci. Nelle due annualità (2019 e 2020) è stata ripartita la somma complessiva di 51.599.773 euro del Fondo nazionale politiche sociali (di cui 45.917.191 euro quale trasferimento ordinario e 5.682.581 euro quale trasferimento a titolo di Fondo di solidarietà interistituzionale).
- Utilizzo delle risorse attribuite con l'avviso n.4/2016 finanziato con risorse PON Inclusione e PON Fead (sul quale la Regione ha presentato il progetto *Rete regionale per l'inclusione delle persone senza dimora* in partenariato con i 9 ambiti territoriali dei comuni capoluogo; Firenze ha presentato un suo progetto perché faceva parte dei Comuni riservatari): supporto agli ambiti per modificare i piani finanziari Fead acquistando kit sanitari e quant'altro per l'emergenza, in sostituzione degli altri beni previsti originariamente, come previsto dalla nota dell'AdG del 25/03/20.
- Avvisi per contributi in ambito sociale anno 2018 e anno 2019: a seguito dell'emergenza epidemiologica il Ministero ha applicato l'istituto della sospensione dei termini di efficacia e di esecuzione delle attività costituenti oggetto dei progetti sia di rilevanza nazionale, sia di rilevanza locale, finanziati ai sensi degli artt. 72 e 73 del DLGS 117/2017, in

attuazione degli atti di indirizzo del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 13 novembre 2017 e del 26 ottobre 2018. Tutti i progetti hanno potuto essere integrati e/o rimodulati, seppur in parte, inserendo eventuali interventi mirati a limitare, dal punto di vista sociale, il forte disagio che le attuali prescrizioni di tutela sanitaria hanno determinato (es. consegna spesa e medicinali a domicilio per anziani e persone fragili, ecc.), dandone semplice comunicazione alla Regione.

- Avviso per i contributi in ambito sociale anno 2020 e 2021: il primo anno è stato finalizzato a sostenere gli interventi promossi da organizzazioni di volontariato e associazioni di promozione sociale orientati a fronteggiare le conseguenze determinate dall'emergenza sanitaria Covid-19 in ambito sociale e sono state finanziate 428 associazioni per un importo di 4.053.287 euro. Nel 2021 l'avviso è stato rivolto a organizzazioni di volontariato, associazioni di promozione sociale e loro articolazioni territoriali o circoli affiliati, nonché alle fondazioni del Terzo settore per interventi orientati a fronteggiare le conseguenze determinate dall'emergenza sanitaria Covid-19 in ambito sociale. Ad oggi sono stati finanziati 2.165 enti per un totale complessivo di contributi concessi pari a 7.097.842 euro. Una parte di queste azioni sono legate a misure di ristoro per i sopraindicati soggetti del Terzo settore.

E' stata inoltre attivata una pagina online sul sito web di Regione Toscana, sezione Sociale, per la condivisione di documentazione utile ad affrontare il lavoro in ambito sociale nel periodo di emergenza coronavirus e per la raccolta delle esperienze dei territori.

Asse B. Inclusione sociale e lotta alla povertà del POR FSE 2014/2020 e Fondo per lo sviluppo e la coesione (FSC)

A seguito dell'emergenza Covid-19 è stato pubblicato uno specifico avviso sul POR FSE 2014/2020. L'avviso *Azioni di sostegno integrate rivolte alle fasce più deboli della popolazione a seguito dell'emergenza Covid-19*, pubblicato nel mese di dicembre 2020, ha previsto la realizzazione dei seguenti interventi:

Azione 1: Contributi per il pagamento dell'affitto. La misura eroga un sostegno economico per il pagamento dell'affitto ed è rivolta a coloro che possiedono i requisiti per l'accesso alle misure di sostegno al pagamento del canone di locazione, come descritto nel punto 3 dell'allegato A alla DGR n. 402 del 30/3/2020 Fondo per l'integrazione dei canoni di locazione ex art. 11 della L 431/98.

Azione 2: Sostegno alimentare. La misura è una forma di sostegno al bilancio familiare attraverso l'erogazione di buoni spesa per l'acquisto di generi alimentari e/o di prima necessita o comunque di azioni di solidarietà alimentare a favore di cittadini che si trovano in situazioni di particolare difficoltà socio-economica anche per effetto delle conseguenze dell'emergenza Covid-19.

Azione 3: Attività socioassistenziale/socioeducativa a domicilio anche in ambiente Covid-19 positivo. L'azione, nell'ambito delle politiche attive di inclusione sociale a livello territoriale, intende finanziare interventi mirati al contenimento delle situazioni di crisi personale/familiare che possono ingenerare un'esclusione dal sistema sociale o produttivo del territorio. Le misure si caratterizzano come attività socioassistenziali e socioeducative a livello domiciliare rivolte a nuclei familiari e/o a singole persone in stato di difficoltà e necessitanti di sostegno, anche in ambiente Covid-19 positivo.

Sono stati attivati 26 progetti, uno su ogni Zona distretto, per un importo complessivo di 29.999.800 di euro.

Inoltre, con le azioni messe in atto nell'ambito dell'Asse B del POR FSE 2014/2020 (attività b.2.1.3.A Sostegno alle famiglie per l'accesso ai servizi di cura rivolti a persone con limitazione dell'autonomia) e del Fondo per lo sviluppo e la coesione, la Regione ha cercato di favorire la permanenza presso la propria abitazione delle persone non autosufficienti prese in carico dai servizi territoriali, attraverso interventi mirati all'accesso a percorsi innovativi di carattere socioassistenziale e all'ampliamento dei servizi di assistenza familiare. I progetti sono stati promossi attraverso i seguenti due avvisi pubblici:

1. Avviso POR FSE 2014-2020. Sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia, pubblicato nel mese di luglio 2019: 26 progetti in corso di attuazione nelle Zone distretto (con capofila AUSL, SdS, Comuni), per un totale di 12.312.269 di euro che prevedono l'articolazione degli interventi in due azioni:

Azione 1: Percorsi innovativi per la cura e il sostegno familiare di persone affette da demenza lieve o moderata. L'Azione è rivolta a persone con una diagnosi di demenza lieve o moderata residenti sul territorio della Zona distretto di riferimento. Il destinatario, preso in carico e valutato dall'Unità di valutazione multidimensionale (UVM) zonale, riceverà un Piano individualizzato che potrà prevedere la combinazione di diverse tipologie di prestazioni e servizi domiciliari ed extradomiciliari (OSA/OSS-psicologo-fisioterapista, Cafè Alzheimer, Musei Alzheimer, Centro diurno...) consentendo la composizione di un pacchetto di interventi il cui ammontare può variare da un minimo di 3.000 a un massimo di 4.000 euro, erogabili attraverso Buoni servizio. In relazione agli effetti e all'andamento dell'emergenza Covid-19 potranno essere favorite rimodulazioni delle attività progettuali per adeguarne la valenza in risposta alla situazione in atto.

Azione 2: Ampliamento del servizio di assistenza familiare. L'Azione 2 è rivolta a persone anziane ultra 65enni valutate dalla UVM con un livello di isogravità di 4-5 (non autosufficienza e scarsa rete familiare di supporto) e finanzia l'erogazione di contributi economici alla spesa per un "assistente familiare" assunto con regolare contratto di lavoro. Il contributo è erogato dai soggetti attuatori attraverso un Buono servizio il cui

ammontare mensile può variare da 400 a 700 euro mensili a seconda della condizione economica del destinatario verificata attraverso l'attestazione ISEE.

Considerato che l'emergenza epidemiologica ha fortemente rallentato la realizzazione degli interventi, i progetti sono stati prorogati per 4 mesi fino al 31/10/2021.

2. Avviso FSC *Sostegno ai servizi di cura domiciliari*, pubblicato nel mese di luglio 2021: 25 progetti in corso di attuazione nelle zone distretto (con capofila AUSL, SdS, Comuni), per un totale di 12.760.670 di euro.

Gli interventi prevederanno 3 Azioni, complessivamente orientate a sostenere percorsi di domiciliarità, coerenti con le impostazioni generali delle misure di contrasto alla diffusione del contagio (si evidenzia che è attualmente in corso di perfezionamento il reindirizzamento urgente del target e delle azioni finanziabili da questo avviso in relazione all'emergenza epidemiologica in atto):

Azione 1: Servizi di continuità assistenziale ospedale-territorio. L'Azione 1 favorisce l'accesso a servizi e prestazioni di carattere sociosanitario di sostegno e supporto alla persona anziana con limitazione temporanea dell'autonomia o a rischio di non autosufficienza o al disabile grave e alle loro famiglie, per garantire una piena possibilità di rientro presso il domicilio e all'interno del proprio contesto di vita, anche attraverso l'utilizzazione di cure intermedie temporanee presso RSA nella fase di predisposizione dell'accoglienza al domicilio dell'assistito. La misura tende anche a potenziare i servizi domiciliari di cura e assistenza alle persone reduci da periodi di degenza ospedaliera anche a seguito dell'emergenza sanitaria provocata dall'epidemia di SARS-CoV-2.

L'Agenzia di continuità ospedale-territorio – struttura pubblica attraverso cui le Zone distretto assicurano i flussi in uscita dall'ospedale al territorio, garantendo la presa in carico in continuità assistenziale – effettua la valutazione multidisciplinare per ogni potenziale destinatario, preliminarmente alle dimissioni e predispone un Piano individualizzato completo della lista dettagliata delle attività che potranno essere attivate a mezzo del Buono servizio.

Il Piano individualizzato, definito dall'Agenzia, potrà prevedere la combinazione di più interventi per tipologia (infermiere, OSA/OSS, fisioterapista, ecc.) consentendo la composizione di un intervento globale. Per ogni destinatario del Buono, il soggetto attuatore del progetto (AUSL, Comune, SdS) predispone un Piano di spesa il cui ammontare varia da un minimo di 1.500 euro fino a un massimo di 3.000 euro.

Azione 2: Percorsi per la cura ed il sostegno familiare di persone affette da demenza. Tale Azione favorisce l'accesso a servizi, anche innovativi, di carattere socioassistenziale di sostegno e supporto alle persone con diagnosi di demenza e alle loro famiglie, per garantire una reale possibilità di permanenza presso il proprio domicilio e all'interno del

proprio contesto di vita. Il destinatario, preso in carico e valutato dalla UVM zonale, riceve un Piano individualizzato che può prevedere la combinazione di diverse tipologie di prestazioni e servizi domiciliari ed extradomiciliari (OSA/OSS, psicologo, fisioterapista, Centro diurno, Cafè e Atelier Alzheimer, musei Alzheimer, 30gg in RSA quale ricovero di sollievo per la famiglia...) consentendo la composizione di un pacchetto di interventi il cui ammontare può variare da un minimo di 3.000 a un massimo di 4.000 euro, erogabili attraverso Buoni servizio.

Azione 3: Ampliamento del servizio di assistenza familiare. L'Azione è rivolta a persone anziane ultra 65enni valutate dalla UVM con una isogravità di 4-5 e finanzia l'erogazione di contributi economici alla spesa per un "assistente familiare" assunto con regolare contratto di lavoro. Il contributo è erogato dai soggetti attuatori attraverso un Buono servizio il cui ammontare mensile può variare da 200 a 800 euro mensili a seconda della condizione economica del destinatario verificata attraverso l'attestazione ISEE.

Con deliberazione di Giunta regionale n. 620 del 18/5/2020 sono state approvate le *Disposizioni per la realizzazione di tirocini di orientamento, formazione e inserimento/reinserimento finalizzati all'inclusione sociale all'autonomia delle persone ed alla riabilitazione* che, nel recepire l'Accordo del 22/1/2015 sancito in Conferenza Stato Regioni, regolamentano l'attivazione e lo svolgimento della particolare tipologia di tirocini di inclusione tra i cui destinatari sono compresi anche quelli previsti dagli Avvisi dell'Asse B Inclusione sociale.

I 26 progetti finanziati per un totale di 13.918.230 euro sull'avviso POR FSE 2014-2020 *Servizi di accompagnamento al lavoro per persone disabili e soggetti vulnerabili – II edizione*, avviati nel mese di marzo 2021, prevedono l'attivazione complessivamente di più di 1.000 tirocini di inclusione sociale.

Sistema emergenza urgenza sociale regionale

Il Sistema emergenza urgenza sociale (SEUS) è un sistema che prevede la riorganizzazione dei servizi sociali pubblici, sia a livello di Area vasta che di Zona, per la gestione efficiente, efficace ed appropriata degli interventi di emergenza urgenza sociale anche con la costituzione, tramite la collaborazione del Terzo settore, di un servizio sociale dedicato e specializzato per tali interventi, attivo 24 ore su 24 e 365 giorni su 365; il pronto intervento sociale è livello essenziale delle prestazioni secondo quanto previsto dall'art. 22 co 4 lett. b) della L 328/2000.

Sono interventi di emergenza urgenza sociale, quindi di competenza del SEUS, quelli che riguardano tutte le circostanze della vita quotidiana dei cittadini che insorgono repentinamente e improvvisamente, producono bisogni non differibili, in forma acuta e grave, a cui la persona deve rispondere, e a cui deve trovare una soluzione, qui ed ora, in una situazione spesso emotivamente molto 'calda' e di spiazzamento, in cui ha bisogno dell'aiuto di un servizio

sociale professionale capace di intervenire, in maniera immediata, comunque tempestiva e in modo qualificato.

Con la DGRT 838/2019, sulla base della positiva esperienza maturata nella prima fase di sperimentazione nelle 6 Zone distretto della AUSL Toscana Centro, la Regione intende promuovere lo sviluppo di un SEUS di livello regionale e la sua graduale e progressiva estensione a tutte le altre zone prevedendo un modello organizzativo a livello regionale a titolarità pubblica, operante in raccordo e collaborazione con servizi privati che svolgono attività di interesse pubblico, con vocazione universalistica. Dal mese di settembre 2020 hanno avviato il servizio 3 nuove ZD/SDS: Mugello (AUSL Centro), Valli Etrusche (AUSL Nord Ovest), Senese (AUSL Sud Est) ed è in corso la preparazione tecnica e la formazione per ulteriori 7 Zone che entreranno in SEUS tra il 2021 e il 2022.

Il modello organizzativo del SEUS regionale valorizza e sviluppa la interconnessione sistematica e le relazioni organizzative fra livello regionale, di Area vasta, aziendale e zonale e si costituisce come sistema che si sviluppa su tre livelli organizzativi:

- livello regionale, con una cabina di regia regionale, con funzioni di indirizzo generale;
- livello di Area vasta, con una centrale operativa unica che rappresenta l'infrastruttura tecnico-organizzativa, asse di collaborazione tra il dipartimento del Servizio sociale dell'Azienda USL, le Società della salute e le amministrazioni comunali, che, insieme, rappresentano la funzione e la titolarità pubblica di questo sistema-servizio e con un coordinamento tecnico-operativo generale fra le zone sperimentanti;
- livello zonale, con un coordinamento operativo-professionale dei servizi sociali territoriali, integrati con terzo settore, per ogni zona sperimentante.

All'interno di tale sistema e modalità organizzativa agisce, in maniera sinergica e integrata con i servizi pubblici, il servizio dedicato e specifico per la gestione degli interventi in emergenza urgenza sociale, h24, 365gg/anno, affidato a soggetti del Terzo settore, strutturato tramite una centrale operativa (COES), che effettua la prima valutazione professionale, supporta e organizza gli interventi 'da remoto' e le Unità territoriali dell'emergenza sociale (UTES), che invece svolgono l'intervento in loco.

Le prestazioni che si rendono necessarie sono reperite nel paniere delle risorse complessivamente a disposizione per tutti i cittadini della zona di riferimento, già preventivamente mappate e regolate nella fase di preparazione all'attivazione del servizio.

Nell'attuale situazione di emergenza sanitaria, il SEUS, garantisce la risposta h24 alle chiamate dei segnalanti pubblici (amministrazioni comunali e loro uffici, servizi sociali dell'Azienda USL, forze dell'ordine, Pronto soccorso e 118), con tutte le precauzioni necessarie per tutelare le persone e gli operatori, adottando le misure previste dalle norme nazionali, regionali e aziendali e rimodulando opportunamente le modalità di lavoro anche in relazione alla (possibile) presenza di persone positive al SARS-CoV-2.

Nello specifico sia la COES che le UTES si rapportano strettamente con le strutture sanitarie (in particolare il Pronto soccorso) per la segnalazione delle persone contagiate da SARS-CoV-2

o sospette tali, e in tal caso la loro azione avviene 'da remoto', comunque organizzando e seguendo, con stretta attenzione alle norme di comportamento di prevenzione da contagio e in raccordo con il volontariato locale, lo sviluppo dell'intervento e la messa a disposizione delle risorse verso persone che vivono situazioni di emergenza urgenza sociale.

Qualora, invece, l'intervento avvenga direttamente in loco, gli assistenti sociali delle UTES sono dotati dei DPI necessari messi a disposizione dal soggetto gestore e sono istruiti a seguire con la massima precisione e attenzione i comportamenti da tenere secondo le norme vigenti. Il SEUS sta affrontando con particolare attenzione il tema del reperimento delle risorse più appropriate per proteggere e mettere in sicurezza i propri assistiti che, vittime di violenze, abbandono o grave emarginazione, non dispongono di una propria abitazione o non vi possono fare rientro.

Non potendo avere immediate indicazioni sanitarie per queste persone, che si trovano comunque in una situazione di emergenza urgenza sociale, con bisogno di protezione e accoglienza, sono allo studio soluzioni analoghe a quelle previste dalle ordinanze del presidente della Regione Toscana 18 marzo 2020 n. 15 e 29 marzo 2020 n. 21.

Nel 2020 si è registrata una diminuzione generalizzata delle segnalazioni (dalle 951 del 2019 alle 830 del 2020), più sensibile da parte dei Pronto soccorso e delle Forze dell'ordine, un po' meno da parte dei Servizi sociali, mentre si è registrato un aumento di quelle di 'altri', in particolare le amministrazioni comunali e il 118.

Questo calo non si ritiene attribuibile a un miglioramento della situazione sociale, ma a difficoltà organizzative complessive del sistema dei servizi nel periodo di *lockdown* da un lato e, dall'altro, dal mutamento di accesso/non accesso dei cittadini ai servizi, in taluni casi impediti in tale possibilità. Questa considerazione sembra essere confermata, in particolare, dal calo altrimenti inspiegabile delle situazioni di emergenza a carico dei minori e dall'incremento estremamente significativo delle situazioni di grave povertà.

Gli interventi e i servizi a favore dei minori e delle famiglie

S. Brunori (Regione Toscana), I. Candeago (Istituto degli Innocenti)

Le modalità di lavoro e di interazione con le famiglie hanno subito una profonda trasformazione dall'inizio della pandemia. Le operatrici e gli operatori dei servizi sia pubblici sia del privato sociale hanno sperimentato modalità di lavoro inedite, frutto di creatività, riflessioni, contributi ed indicazioni operative provenienti dai diversi soggetti coinvolti nella rete territoriale di prevenzione e protezione dei minori, al fine di assicurare la continuità del lavoro di cura e di accompagnamento ai nuclei vulnerabili e riorganizzare il sistema dei Servizi sociali attraverso modalità *smart*, che hanno consentito di non rinunciare alla vicinanza ed al contatto con le famiglie. Merita citare a questo proposito il documento *Un nuovo SMARTWelfare?* di Paola Milani, responsabile del LabRIEF dell'Università di Padova, che ha sollecitato importanti riflessioni sullo sviluppo di nuove forme di sostegno a distanza che potranno avere ulteriori sviluppi anche nel prossimo futuro.

Allo spaesamento della fase pandemica ha infatti corrisposto l'impegno e la partecipazione regionale ai programmi nazionali a favore dei minori e dei giovani avviati nel periodo precedente e positivamente sperimentati su tutto il territorio: particolarmente significativa la pluriennale esperienza del Programma di intervento per la prevenzione dell'istituzionalizzazione (PIPP), che ha promosso la costituzione di équipe multidisciplinari¹ e che coinvolge attualmente 14 ambiti territoriali nella sua 8ª (2019-2021), 9ª (2020-2022) e 10ª (2021-2023) fase di attuazione. Il servizio di assistenza educativa domiciliare è stato il primo ad essere rimodulato, gli operatori si sono attivati fin da subito per garantire alle famiglie già in carico ai servizi una prosecuzione delle attività a distanza e, quando possibile, anche in presenza. Il sostegno mediante piattaforme web non ha riguardato soltanto le relazioni familiari, ma in particolare l'assistenza scolastica ai minori per la prima volta alle prese con la didattica a distanza.

Al fine di garantire un adeguato sostegno al percorso di autonomia dei "Care leavers" – ragazze e ragazzi neomaggiorenni che vivono fuori dalla famiglia di origine sulla base di un provvedimento dell'autorità giudiziaria – il Settore Innovazione sociale ha coordinato gli ambiti territoriali aderenti al progetto promosso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali. I "tutor per l'autonomia" si sono subito attivati per riorganizzare le attività di accompagnamento per ragazze e ragazzi, anche a distanza e, non appena le restrizioni sanitarie si sono allentate, hanno ripreso le attività in presenza con percorsi personalizzati di accompagnamento all'autonomia (impiego di tutor, valutazione in équipe dei bisogni e delle risorse) e misure mirate di sostegno (borse per l'autonomia, reddito di cittadinanza, ecc.). Sono stati effettuati i previsti monitoraggi e organizzate le *youth conference* regionali, con la partecipazione di tutti gli ambiti interessati dalla sperimentazione e dalle ragazze ed i ragazzi stessi.

¹ Si veda in tal senso il paragrafo "Le équipe multiprofessionali".

In collaborazione con le Zone distretto e le Società della salute, Regione Toscana ha garantito il raccordo con l'intero sistema territoriale di interventi e servizi sociali e sociosanitari, il Servizio sociale dell'emergenza (SEUS, laddove presente), la rete regionale Codice Rosa, anche in riferimento ai possibili canali di finanziamento in via straordinaria e il passaggio, la tempestività e la circolarità delle informazioni tra tutti gli attori del sistema.

Durante l'emergenza Covid-19 sono state realizzate azioni speciali con particolare attenzione alla regolazione del sistema e alle indicazioni operative – positivamente elaborate grazie anche all'apporto e alla collaborazione degli enti del Terzo settore toscani coinvolti nel sistema – per l'accoglienza dei minori in comunità, che hanno distinto i percorsi degli inserimenti programmati da quelli da effettuare in urgenza e dalle esperienze di continuità assistenziale ed educativa a distanza, maturate durante il lockdown e sperimentate per attenuare i rischi di isolamento cui si trovavano esposti le bambine e i bambini.

A tal fine, grazie allo stretto collegamento tra i diversi settori regionali del sociale e del sanitario, è stato pubblicato il documento *Primi Indirizzi per l'accoglienza nel sistema delle comunità familiari a carattere socioeducativo di bambini e ragazzi nel periodo di emergenza sanitaria da Covid-19*, con il quale si è inteso promuovere la diffusione di prassi omogenee affinché, fatti salvi i compiti e i ruoli dei diversi attori, potessero essere mantenuti, anche durante il periodo di emergenza epidemiologica da Covid-19, adeguati livelli di protezione e di sicurezza di bambine e bambini, ragazze e ragazzi. Indicazioni precise sono quindi state rivolte ai soggetti che operano nel sistema regionale di promozione, prevenzione e protezione con particolare riferimento alle Zone distretto e Società della salute, alle strutture residenziali di accoglienza per minori disciplinate dal Regolamento 2/R, di cui al DPGR 9/1/2018, nonché alle case famiglia multiutenza di cui alla DGR n. 1666 del 23/12/2019.

È stato inoltre predisposto, nell'ambito del progetto I CARE (rivolto anche ai MSNA) un volantino in Italiano facilitato e in 13 lingue, contenente le regole generali da osservare, da diffondere presso tutte le strutture sanitarie, associazioni, Centri di accoglienza, ecc., che operano a favore dei minori stranieri non accompagnati.

La sopra menzionata collaborazione con i territori è stata indispensabile e sostenuta dall'iniziativa di promuovere il coordinamento tra le diverse fonti e opportunità di finanziamento (di livello comunitario, nazionale e regionale) destinate alle Zone distretto toscane, allo scopo di incoraggiare la sinergia e l'integrazione tra di esse da parte degli ambiti territoriali e nell'ottica di favorire, specie in una fase così negativamente condizionata dall'emergenza sanitaria, la sostenibilità e la coesione complessiva del sistema regionale e dei sistemi territoriali, anche grazie alla significativa reintroduzione, a partire dal 2018, da parte del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, del vincolo di riservare una quota pari ad almeno il 40% (incrementata successivamente fino al 50%) del Fondo nazionale politiche sociali agli interventi per l'infanzia e l'adolescenza. E' stato così possibile dare continuità alle azioni di rafforzamento e consolidamento delle équipes integrate, finanziate a valere sui fondi erogati dal Dipartimento Politiche per la famiglia, in tutte le 26 Zone distretto per il supporto, la promozione e l'accompagnamento alla genitorialità vulnerabile.

E' stato inoltre sostenuto il coordinamento tra la rete di servizi territoriali sociali e sanitari ed il loro coinvolgimento in percorsi e programmi integrati che abbracciano tutto l'arco assistenziale, dalla prevenzione degli allontanamenti ed il sostegno alle genitorialità difficili, fino all'attuazione dei progetti di affidamento familiare e di promozione e diffusione della cultura dell'accoglienza e della solidarietà tra famiglie. In particolare, coerentemente con le linee operative del PISSR 2018/2020 approvate con la deliberazione di Giunta regionale n. 273 del 2/03/2020, le azioni regionali hanno intensificato la propria funzione di indirizzo e accompagnamento ai servizi, dando continuità – seppure con il gravame e il vincolo del distanziamento fisico e dell'impossibilità a operare in presenza sul territorio – al lavoro di rete e alla relazione operativa con i referenti dei servizi pubblici e degli enti del Terzo settore impegnati in ambito minorile familiare.

Il Dipartimento Politiche per la famiglia, nell'ambito del PON Inclusione 2014-2020 Progetto *Supporto per lo sviluppo dei Centri per la famiglia - Interventi a supporto dei Centri per la famiglia per il contrasto dell'emergenza epidemiologica da Covid-19* ha messo a disposizione specifico materiale di protezione individuale e diagnostico da distribuire tra i Centri per le famiglie – o di altri servizi che per funzioni sono assimilabili ai Centri per le famiglie – presenti sul territorio nazionale, a beneficio della relativa utenza a contrasto del fenomeno pandemico. Grazie alla collaborazione tra Regione e Istituto degli Innocenti sono state distribuite 21.250 mascherine e 80 *termoscanner*.

Durante l'emergenza sanitaria la Regione Toscana, con il supporto del Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza, ha rafforzato la collaborazione con l'Autorità giudiziaria al fine di favorire la diffusione dei provvedimenti adottati per l'emergenza, il raccordo con il sistema dei Servizi sociali del territorio in relazione agli interventi ed alle collaborazioni tra Servizio sociale professionale e Tribunale per i minorenni, l'attività di vigilanza e controllo sulle strutture residenziali per i minori.

Sono proseguite le attività in collaborazione con l'Istituto degli Innocenti di Firenze che attraverso il Centro regionale infanzia e adolescenza (LR 31/2000) ha:

- effettuato l'annuale monitoraggio sulle strutture residenziali (ASSO/ASMI), avviando un'implementazione dei sistemi informativi regionali per rispondere ai debiti informativi ISTAT, per corrispondere alle proposte di miglioramento avanzate, nell'ambito della ormai consueta collaborazione con il Tribunale per i minorenni di Firenze e la Procura della Repubblica presso il TM, dagli organi giudiziari ("Protocollo di Intesa tra la Regione Toscana, la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni di Firenze e l'Istituto degli Innocenti di Firenze per la promozione della tutela dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza e per lo sviluppo del sistema informativo regionale Asso-Asmi dedicato ai minori accolti in comunità. Approvazione", di cui alla DGRT n. 21 del 18/1/2021) e per ampliare la rilevazione statistica delle strutture per minori ai servizi semiresidenziali in collaborazione con gli enti del Terzo settore impegnati in ambito minorile;
- realizzato, grazie alla collaborazione con l'Ufficio scolastico regionale, un'indagine campionaria che ha coinvolto circa 4mila ragazze e ragazzi compresi tra gli 11 e i 17

anni con l'obiettivo di approfondire i cambiamenti di percezione rispetto agli stili di vita conseguenti all'emergenza sanitaria da Covid-19, in ambiti quali la famiglia, la scuola e il contesto amicale;

- partecipato e animato la comunità di pratica che, nata nel 2020 con un focus sulle misure di contrasto alla povertà, ha allargato nel 2021 il campo di interesse a politiche ed interventi di inclusione sociale delle famiglie in situazione di vulnerabilità, con l'obiettivo di supportare e sostenere le zone distretto nel percorso di definizione di alcuni dei requisiti organizzativi e amministrativi necessari affinché i percorsi di valutazione e di presa in carico integrata delle famiglie fragili possano diventare unità operative e funzionali, attive a livello di ogni Zona distretto;
- promosso ed avviato percorsi formativi, in sinergia con gli attori coinvolti nelle reti territoriali di prevenzione, promozione e tutela, sull'accreditamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per i minori e sulla genitorialità adottiva.

Per quanto riguarda le attività di comunicazione, Regione Toscana, attraverso il sito www.minoritoscana.it – recentemente rivisitato ed implementato nelle sue funzioni di collegamento ed interazione con i territori, gli addetti ai lavori e la collettività – ha provveduto, in maniera trasversale a:

- diffondere e condividere, le informazioni provenienti da tutte le istituzioni competenti in materia di minori e famiglie, sui provvedimenti adottati, sulle misure suggerite e sulle soluzioni operative individuate, per supportare i Servizi sociali e i territori nell'emergenza;
- rafforzare il canale di collaborazione, benché a distanza, con l'Autorità giudiziaria;
- proseguire il percorso di monitoraggio a distanza delle progettualità in corso anche attraverso l'organizzazione, ove possibile, di video chiamate/conferenze;
- documentare e diffondere le soluzioni innovative, le misure rimodulate, l'approccio e l'organizzazione del sistema di servizi di prevenzione, promozione e protezione;
- raccogliere i dati e monitorare le iniziative realizzate nelle Zone distretto, le Società della salute e nelle comunità, al fine di documentare e diffondere le buone pratiche messe in campo sul territorio regionale a favore dei minori attraverso l'attivazione di una specifica sezione (Covid-19: territori in dialogo) con documentazione e notizie.

Il contrasto alla violenza di genere durante l'emergenza Covid-19

D. Volpi, C. Ceccherelli (Regione Toscana)

L'emergenza Covid-19, e in particolare la prima fase di contenimento dell'epidemia attraverso l'adozione di provvedimenti quali il *lockdown*, ha posto in evidenza la preoccupazione di istituzioni, Centri antiviolenza e società civile rispetto al tema della violenza domestica, avvertita come di particolare cogenza in virtù dei provvedimenti di isolamento domestico adottati dal Governo nel periodo febbraio-maggio 2020.

A livello nazionale il 27 marzo 2020 il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, con la circolare 1/2020, inserisce i Centri antiviolenza tra quei servizi strumentali al diritto alla salute o ad altri diritti fondamentali della persona (alimentazione, igiene, accesso a prestazioni specialistiche, ecc.), che possono continuare ad operare, individuando le modalità organizzative più idonee.

Così, le indicazioni ministeriali hanno trovato realizzazione in Toscana in due atti fondamentali, relativi al rafforzamento di uno dei nodi fondamentali della Rete antiviolenza, la Rete regionale Codice Rosa e alla definizione delle modalità di accoglienza per le donne con necessità di messa in sicurezza.

- Con il decreto n. 5091 del 7 aprile 2020 viene approvato un Piano di azione relativo all'emergenza Covid-19 per la Rete regionale Codice Rosa, conseguente alla preoccupazione recata dalla diminuzione del numero di segnalazioni al Pronto soccorso, che non poteva che essere ricondotta sia al maggior controllo da parte del maltrattante in virtù delle misure di contenimento in casa, sia alle maggiori difficoltà di accesso alle strutture sanitarie. Con tale decreto viene creato un Comitato regionale Codice Rosa ristretto, ossia un gruppo circoscritto di operatori nominati nella Rete che si intende permanentemente convocato e che ha la funzione di ricercare le soluzioni alle inedite criticità che emergono nella fase emergenziale. Con il decreto vengono inoltre aggiornate le indicazioni operative per il personale della Rete Codice Rosa.
- La delibera n. 503 del 14 aprile 2020, frutto del lavoro congiunto dei diversi Settori regionali, affronta la questione della messa in sicurezza delle donne. Nei casi urgenti di messa in sicurezza, nel caso non sia stato disposto l'allontanamento dell'uomo violento, alla Rete territoriale antiviolenza è richiesto di attivarsi per trovare soluzioni di accoglienza della durata di almeno 14 giorni prima dell'inserimento nelle case rifugio che presentano la necessaria disponibilità, in stretto raccordo con il Centro antiviolenza che segue la donna e con l'équipe integrata multidisciplinare che segue i/le minori, avendo cura di garantire la massima riservatezza e sicurezza. Come soluzione transitoria di alloggio è previsto l'utilizzo delle strutture individuate nell'ambito dell'accordo siglato il 18 marzo 2020 (ordinanza 15) dal presidente della Regione Toscana con il sistema degli

albergatori toscani, e le strutture alberghiere agrituristiche, rappresentate da CIA, Coldiretti e Confagricoltura.

I soggetti coinvolti e gli interventi attivati

In termini di attori coinvolti nelle politiche e negli interventi di prevenzione e contrasto alla violenza, il sistema regionale si è in questi ultimi anni arricchito di soggetti, istituzionali e non, che hanno accresciuto il confronto e la possibilità di interconnessione di diverse azioni. Lo strumento cardine di questo sistema è stato sicuramente il Comitato regionale di coordinamento sulla violenza di genere, previsto per supportare la Giunta regionale a realizzare tutte le iniziative utili, per quanto di competenza regionale, a mettere in atto, in modo omogeneo su tutto il territorio toscano, un'efficace strategia di prevenzione, sensibilizzazione, contrasto alla violenza di genere e di sostegno, orientamento, protezione, aiuto alle vittime.

Il Comitato è composto da: il presidente della Giunta regionale, che lo presiede; i componenti della Giunta regionale competenti in materia di pari opportunità, sociale, sanità, sicurezza, istruzione e lavoro; la presidente della Commissione regionale pari opportunità; il legale rappresentante di ciascuno dei Centri antiviolenza della Toscana aventi i requisiti di cui all'intesa tra il Governo e la Conferenza unificata sancita il 27/4/2014; due rappresentanti di ANCI e UPI; il procuratore generale della Repubblica presso la Corte d'appello di Firenze; il prefetto di Firenze; il questore di Firenze; il direttore dell'Ufficio scolastico regionale; il responsabile della Rete regionale Codice Rosa; il responsabile dell'Osservatorio sociale regionale; il legale rappresentante di ciascuno dei Centri per autori della violenza sulle donne; un membro designato delle organizzazioni sindacali partecipanti al tavolo di concertazione generale.

Attraverso il Comitato, e i gruppi di lavoro in esso costituiti, è stato possibile attivare preziose sinergie anche per far fronte all'emergenza Covid-19, che hanno portato all'approvazione della citata delibera n.503/2020, con la quale sono state date indicazioni alle strutture e ai servizi di prevenzione e contrasto alla violenza per la gestione delle procedure nella fase emergenziale.

Con l'obiettivo di favorire l'emersione dei casi di violenza domestica attraverso una maggiore conoscenza rispetto ai servizi di supporto disponibili, nel 2020 la campagna di sensibilizzazione sul 1522 (numero di emergenza anti violenza e stalking) è stata rilanciata per far conoscere alla cittadinanza la possibilità di contattare i Centri antiviolenza e i numeri di emergenza anche durante il *lockdown* (peraltro una recente pubblicazione di ISTAT ha evidenziato, soprattutto nella nostra regione e nel Lazio, un aumento delle chiamate al 1522). Le modalità della campagna 2020 sono state adeguate all'emergenza Covid-19 e come tale il messaggio è stato veicolato attraverso testate giornalistiche *on line* e siti internet, TV e radio locali.

A partire dalla DGR 719/2017, seguita negli anni dalle DGR 1114/2018 e DGR 1021/2019, fino alla più recente DGR n. 828 del 06/07/2020, sono stati stabiliti i finanziamenti diretti ai Centri antiviolenza e alle case rifugio, secondo gli indirizzi dei vari DPCM che negli anni, a partire dal 2014, hanno ripartito le risorse del Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità di cui agli articoli 5 e 5bis decreto legge 14 agosto 2013 n. 93 convertito nella legge 15 ottobre 2013 n. 119.



Con le stesse delibere sono stati altresì stabiliti i criteri per il finanziamento di nuovi interventi (case rifugio ad indirizzo segreto, sportelli di ascolto sul territorio, case di seconda accoglienza per facilitare la ripresa dell'autonomia) e delle azioni volte al potenziamento delle reti, con l'obiettivo cioè di consolidare le sinergie tra i diversi attori coinvolti nel sistema di prevenzione e protezione della violenza di genere: iniziative di formazione congiunta, azioni di sensibilizzazione nelle scuole ed attraverso i media, sperimentazione di programmi per autori di violenza. Alle risorse ministeriali sono sempre state affiancate risorse regionali.

Le risorse per i suindicati nuovi interventi sono state veicolate nei territori attraverso bandi non competitivi rivolti agli ambiti territoriali zonali, singoli o aggregati, e alle Province, che sono stati chiamati a redigere, co-progettando con i Centri antiviolenza di riferimento e con gli altri soggetti coinvolti, programmi locali antiviolenza, con l'obiettivo di incentivare la cooperazione tra le diverse zone, in modo da dare risposte ai bisogni locali anche cercando di razionalizzare e massimizzare l'efficacia degli interventi.

A valere sulle risorse DPCM 2019 (DGR 828/2020 così come modificata dalla DGR 330/2021) sono stati approvati gli avvisi per la presentazione dei programmi territoriali e per il finanziamento dei Centri antiviolenza e delle case rifugio esistenti e i successivi atti di attribuzione delle risorse.

Sul fronte dei programmi territoriali, nel 2020 sono stati presentati 18 programmi secondo la seguente ripartizione per tipologia di azione prevista.

Tabella 15.1. Interventi attivate e risorse impegnate

Tipologia azioni	Impegni risorse DPCM 2019 (euro)	Impegni risorse RT (euro)	Tot. Impegni risorse (euro)
Contributi affitto secondo quanto stabilito nell'allegato A della DGR n. 92/2018	79.998	79.998	159.996
Seconde accoglienze/strutture di semi-autonomia	249.054	249.054	498.108
Azioni per il reinserimento lavorativo	90.578	90.578	181.156
Interventi di sostegno economico, anche in deroga ai regolamenti comunali	82.696	82.696	165.392
Pronta emergenza: secondo quanto stabilito nella DGR 503/2019	67.777	159.428	227.205
Azioni di sensibilizzazione	4.216	4.216	8.432
Formazione congiunta	8.066	8.066	16.132
Programmi per i maltrattanti	11.265	11.265	22.529
Totale	593.650	685.301	1.278.951

Percorsi per il reinserimento lavorativo di donne vittime di violenza

I percorsi di uscita dalla violenza e di autonomia, realizzati in prima istanza con le risorse stanziare sul Piano straordinario per il contrasto alla violenza sessuale e di genere, hanno ricevuto il plauso della Commissione europea e del Consiglio nazionale delle ricerche, che li hanno individuati come buona pratica nell'ambito del *Progetto VIVA - Monitoraggio, valutazione e analisi degli interventi di prevenzione e contrasto alla violenza contro le donne*, tanto che, una volta terminate le risorse nazionali, si è orientati a darne continuità all'interno del Fondo sociale europeo. Dal piano straordinario sopra citato sono, inoltre, residue risorse, pari a circa 420.000 euro, immediatamente disponibili sul bilancio di ARTI e con le quale è stato possibile proseguire l'azione intrapresa (DGR 422/2021) introducendo elementi di flessibilità e di ampliamento degli strumenti. In particolare, l'indennità per la frequenza a percorsi formativi è stata resa variabile da un minimo di 450 ad un massimo di 2.700 euro, in modo da consentire anche la partecipazione a corsi brevi, ivi compresi quelli per il rilascio di patenti di guida. Il voucher di conciliazione per l'acquisto di servizi educativi, per la cura e l'intrattenimento di figli/e minori di 13 anni è stato considerato spendibile anche per servizi erogati da baby-sitter e acquistati tramite il libretto famiglia. Inoltre, è stato adottato lo strumento del tirocinio di inclusione sociale, recentemente normato dalla Regione Toscana.

Tale tipologia di tirocinio, oltre a includere tra i suoi destinatari proprio le donne in carico a case rifugio o Centri antiviolenza, prevede una forma di tutoraggio rafforzato delle utenti e la definizione di uno specifico Percorso assistenziale personalizzato (PAP) che indica, in forma appropriata ai bisogni, le modalità e gli obiettivi delle prestazioni e delle misure da attivare a favore della persona, in rete con le risorse e i servizi pubblici e privati del territorio, per l'accompagnamento verso l'autonomia. I tirocini di inclusione possono essere realizzati per periodi di durata più lunghi e sono attivabili anche presso organizzazioni di volontariato, associazioni di promozione sociale ed altri enti del Terzo settore.

Percorsi per uomini maltrattanti

Sono ormai diversi anni che il Dipartimento per le Pari opportunità consente il finanziamento di programmi per autori pur nelle more della definizione dei loro requisiti, soggettivi ed oggettivi. Ma forse qualcosa si muove, sebbene per certi aspetti si rimanga nel campo della sperimentazione.

A fine 2020 è uscito un bando destinato alle Regioni per la presentazione e il finanziamento di progetti per l'istituzione e il potenziamento dei Centri di recupero per uomini maltrattanti, per prevenzione dei comportamenti violenti nelle relazioni interpersonali. Hanno potuto partecipare al bando le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, anche in forma associata tra loro e/o con gli enti locali ovvero con le associazioni operanti nell'ambito del recupero degli uomini autori di violenza. L'avviso pubblico ha una dotazione di un milione di euro e le proposte progettuali possono essere finanziate tra il limite minimo di diecimila euro e il limite massimo di cinquantamila. La Giunta regionale ha deciso di partecipare al bando (DGR 89/2021) come capofila di un proprio progetto redatto insieme (co-progettare) ad una rete di partenariato. Su mandato della Giunta è stato quindi successivamente emanato un avviso di co-progettazione rivolto alle associazioni/organizzazioni aventi le seguenti caratteristiche:

- sede operativa all'interno del territorio regionale;
- iscrizione, nelle more dell'operatività del registro unico del Terzo settore, nei registri delle organizzazioni di volontariato (legge regionale n. 28/93) e delle associazioni di promozione sociale (legge regionale n. 42/02) della Regione Toscana, oppure ai registri regionali delle Onlus presso l'Agenzia delle entrate ovvero ad albi regionali appositamente istituiti;
- presenza nell'atto costitutivo dei temi del contrasto alla violenza di genere;
- consolidata e comprovata esperienza nel trattamento degli autori di violenza di genere;
- inserimento in un più ampio sistema di intervento per il contrasto alla violenza sessuale e di genere, anche attraverso la sottoscrizione di accordi di collaborazione e/o protocolli operativi a livello locale con soggetti delle reti territoriali antiviolenza.

L'avviso è stato emanato con decreto dirigenziale n. 2545/2021. Le risultanze dell'istruttoria hanno portato ad ammettere l'associazione CAM Firenze in qualità di partner, con il quale è

stata definita la proposta progettuale per partecipare all'avviso della Presidenza del Consiglio dei ministri di cui al decreto ministeriale del 18 dicembre 2020, in attuazione della delibera di GR 89/2021. La Regione e l'associazione CAM hanno comunque inteso coinvolgere nel progetto, ancorché con ruoli più contenuti, anche le altre associazioni toscane impegnate nel trattamento e recupero degli autori di violenza, a testimonianza delle modalità di rete viepiù utilizzate per la prevenzione e contrasto della violenza di genere.

Politiche e interventi di supporto all'abitare

B. Cigolotti, M. De Zordo (Regione Toscana), L. Caterino (ANCI Toscana)

L'Italia è stato il primo paese europeo a dover fronteggiare l'ondata pandemica e a mettere in atto misure di contenimento come il *lockdown*, che ha costretto all'interno della propria abitazione milioni di individui e famiglie. Avere una casa confortevole, con ampi spazi interni o, magari, un giardino, ha sicuramente introdotto una percezione - almeno in parte - differente del periodo di confinamento rispetto a quei nuclei familiari che si trovavano in situazioni abitative precarie o sovraffollate. Ciò ha avuto un impatto particolarmente evidente su alcune categorie a maggiore rischio di vulnerabilità, come le famiglie numerose e con bambini, stranieri, anziani, nuclei con problematiche di tipo sociosanitario.

Nonostante la centralità del tema, gli interventi nazionali si sono sostanzialmente limitati al temporaneo blocco degli sfratti (ripresi, almeno parzialmente, dal 1° luglio 2021) e ai tradizionali strumenti di sostegno al reddito, come il Fondo per l'affitto ex L. 431/98, che non prevedono uno specifico sussidio per gli inquilini che si sono improvvisamente trovati impossibilitati a sostenere le spese abitative in virtù delle misure di contenimento dell'epidemia da SARS-CoV-2.

La Regione Toscana, attraverso la DGR n. 442 del 31/03/2020, ha di converso previsto una "misura straordinaria e urgente" per sostenere il pagamento dei canoni di locazione. Questo ha permesso la distribuzione dei fondi dedicati al contributo affitti 2020 e al sostegno alla morosità incolpevole, per far fronte all'emergenza abitativa legata all'emergere della pandemia. Nella misura sono rientrate quelle famiglie che hanno potuto testimoniare un calo di reddito di almeno il 30% rispetto all'anno precedente, legato alla perdita o riduzione del lavoro, e al di sotto della soglia dei 28.684,36 euro di ISE (Indicatore situazione economica) 2019. Da tale misura sono state escluse le famiglie che vivono in una casa di proprietà e le assegnatarie ERP (Edilizia residenziale pubblica). Il contributo è stato erogato fino a un massimo di 300 euro mensili. I nuclei familiari beneficiari di questa misura sono stati 17.825, per un totale di risorse erogate pari a 11 milioni di euro.

Sempre nell'ambito delle misure di sostegno monetario al pagamento dei canoni di locazione, con decreto dirigenziale n. 20130 del 9 dicembre 2020 rivolto a Società della salute e altri soggetti pubblici individuati dalla Conferenza zonale integrata, è stato pubblicato l'avviso pubblico *Azioni di sostegno integrate rivolte alle fasce più deboli della popolazione a seguito dell'emergenza Covid-19* a valere su risorse POR FSE Asse B – Inclusione sociale e lotta alla povertà, con il quale è stato possibile, tra gli altri interventi, erogare un sostegno economico per il pagamento dell'affitto. Dei 30 milioni di euro complessivamente disponibili sull'avviso, le risorse destinate al contributo affitto (sulla base dei progetti presentati dai proponenti) sono state pari a 13,4 milioni di euro (44,5% del totale dell'avviso).

Nell'ambito dell'Edilizia residenziale pubblica, alcuni soggetti gestori del patrimonio pubblico hanno deciso in autonomia di sospendere o abbassare l'affitto per inquilini che avessero subito una significativa diminuzione del reddito familiare a causa del *lockdown* (del 40% a Firenze¹, 30% a Pistoia² e Pisa³); altri hanno deciso che le famiglie in situazione di grave disagio potevano sospendere i pagamenti dei canoni senza incorrere nell'esecuzione di sfratto (Livorno⁴).

L'Edilizia residenziale pubblica

Accanto alle misure di natura emergenziale, è poi proseguito l'impegno della Regione teso a riqualificare e ad ampliare il patrimonio di edilizia residenziale pubblica e sociale: nel 2021 sono stati stanziati 8 milioni di euro per replicare il programma grazie al quale, nel 2019, sono stati acquistati dai comuni 108 alloggi, permettendo alle amministrazioni comunali interessate di acquistare appartamenti già pronti e disponibili, vuoti, da tempo invenduti, che potranno essere utilizzati dai comuni come edilizia residenziale pubblica. Un modo di affrontare il tema del diritto alla casa, che affianca e non sostituisce la costruzione ex novo di immobili destinati all'edilizia popolare.

Sempre in ambito ERP, un altro tema oggetto di attenzione riguarda gli alloggi sfitti in attesa di manutenzione, per i quali la Regione Toscana, con la delibera di Giunta n. 648 del 25/5/2020, ha destinato 28 milioni di euro per interventi di manutenzione, ripristino e qualificazione del patrimonio ERP realizzati dai soggetti gestori. Le risorse destinate a tale finalità saranno distribuite nell'arco del triennio 2020-2022, secondo questa ripartizione:

- 2020: 10 milioni di euro;
- 2021: 9 milioni di euro;
- 2022: 9 milioni di euro.

Sempre per lo stesso periodo, ammonta invece a 4,4 milioni di euro la dotazione a disposizione dei comuni per la realizzazione di interventi in edifici di Edilizia residenziale pubblica finalizzati al potenziamento e alla manutenzione straordinaria di impianti per la produzione e la fornitura di energia da fonti rinnovabili, nonché all'effettuazione di interventi di efficientamento energetico (DGRT n. 646 del 25/5/2020).

Più di recente, con decreto 13349 del 30 luglio 2021 sono stati approvati gli avvisi per Manifestazioni di interesse, con scadenza 31 ottobre 2021, attraverso i quali la Regione ha inteso avviare un percorso straordinario, ma strutturato, finalizzato alla ricognizione del patrimonio immobiliare da destinare ad emergenza abitativa e/o residenza sociale, per verificare la possibilità di procedere, con diverse modalità, al potenziamento dell'offerta abitativa pubblica.

Le manifestazioni di interesse sono rivolte:

- ad amministrazioni ed enti pubblici, compresi enti previdenziali, che possono proporre

1 http://www.casaspa.it/riduzione%20art_%2028%20co%206%20-%20COVID.pdf

2 <https://www.spesweb.it/upload/SPEWEB/documenti/avviso%20sospensione%20canone.pdf>

3 <http://www.apespisa.it/it/news/327-avviso-pubblico-per-il-sostegno-canone-di-locazione-alloggi-erp.html>

4 https://casalp.portaleamministrazionetrasparente.it/archivio19_regolamenti_0_1175.html

parte del loro patrimonio immobiliare con tipologia residenziale per l'acquisizione al patrimonio ERP di proprietà dei comuni;

- ai comuni a cui sono stati trasferiti beni confiscati alla criminalità organizzata per il finanziamento degli interventi di ristrutturazione a fini abitativi per destinarli all'emergenza abitativa, oppure per il reperimento sul mercato di alloggi anche singoli da acquisire per destinarli alla medesima finalità;
- agli enti del Terzo settore, compresi gli Istituti diocesani per il sostentamento del clero, che si rendano disponibili a cedere, in proprietà o anche in locazione, patrimonio abitativo da utilizzare a fini sociali.

La qualità dell'abitare e le opportunità dalla rigenerazione urbana

Regione Toscana, anche cogliendo il dibattito sollevato in proposito a livello nazionale, intende farsi promotrice, con le proprie politiche, di un modello abitativo “post pandemia” basato su una progettazione architettonica di modelli residenziali innovativi, realizzando forme di edilizia ispirata a nuove concezioni per fornire una risposta adeguata all'evoluzione del fabbisogno abitativo, promuovendo interventi volti ad innalzare la qualità del vivere e dell'abitare, attraverso la riqualificazione e l'incremento del patrimonio edilizio esistente, nonché interventi di natura sociale funzionali alla costruzione e al rafforzamento di comunità più coese.

In particolare nei contesti di *social housing*, da tempo la Regione Toscana ha adottato indirizzi volti a qualificare e rigenerare i tessuti urbani degradati e quelli delle periferie, ponendo particolare attenzione a criticità socioeconomiche e ambientali, alla carenza di dotazione di infrastrutture e servizi, all'incremento della qualità dell'edificato in termini di sostenibilità ambientale, al recupero e rifunzionalizzazione del patrimonio edilizio esistente, secondo i canoni del “consumo zero” di suolo.

Con la legge regionale n. 78 dell'agosto 2020 (Disposizioni per la realizzazione di interventi edilizi di tipo sperimentale in materia di alloggi sociali a seguito dell'emergenza da Covid-19), si è inteso perseguire una nuova qualità dell'abitare che tenesse conto delle criticità emerse nell'attuale sistema urbanistico-edilizio a seguito dell'emergenza epidemiologica da Covid-19, promuovendo un modello abitativo “post pandemia”, con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

- favorire interventi connessi allo spazio urbano, privilegiando il recupero e la realizzazione di organismi edilizi che assicurino prossimità delle residenze ai servizi, alle strutture lavorative e ricreative, finalizzati alla riduzione degli spostamenti e del pendolarismo;
- privilegiare soluzioni ecosostenibili, di innovazione tecnologica e tipologica dei manufatti;
- prevedere spazi in grado di garantire l'interrelazione dell'utenza con l'ambiente esterno, valorizzando elementi edilizi quali balconi, terrazzi e logge, cortili e giardini anche condominiali, nonché tutti gli spazi intermedi in generale che possono svolgere ruoli importanti, anche dal punto di vista ambientale, in coerenza con il “*Green Building Approach*”;

- garantire l'accessibilità e la flessibilità degli spazi;
- prevedere negli alloggi la dotazione di spazi di filtro e disimpegno, in particolar modo nelle zone di ingresso, al fine di garantire una maggiore separazione tra ambiente esterno e ambiente domestico;
- sviluppare modalità innovative di erogazione dei servizi, favorendo la diffusione di sistemi abitativi maggiormente integrati con strumenti informativi e di telemedicina volti a garantire elevati livelli di salubrità, definendo nuovi sistemi per il trattamento dell'aria all'interno degli ambienti.

Sempre nell'ambito della legge 78/2020, Regione Toscana ha promosso la procedura di manifestazione di interesse per la partecipazione al concorso di idee, promosso con lo scopo di favorire la crescita qualitativa delle modalità insediative, anche attraverso la sperimentazione e l'innovazione, interpellando il mondo tecnico professionale per la raccolta di soluzioni progettuali.

Dal punto di vista degli interventi di comunità, durante il mese di luglio del 2021 la Giunta regionale ha approvato una proposta di legge che destina un milione di euro per supportare e sostenere la creazione di opportunità, servizi e spazi comunitari negli insediamenti abitativi di *social housing*, attraverso la sottoscrizione di un corrispettivo analogo di quote del Fondo *housing* toscano⁵, che attualmente gestisce più di 700 alloggi realizzati e più di 400 in corso di realizzazione, con canoni di locazione controllati. Attraverso tali risorse si tenta di rendere i contesti di *social housing* dei presidi comunitari, attraverso il rafforzamento della capacità di autogestione dei servizi e degli spazi comuni, il supporto a modelli di abitare finalizzati alla condivisione degli spazi e dei servizi per la gestione di attività quotidiane, la co-progettazione di attività da svolgere negli spazi comuni, l'attivazione di percorsi di comunità che favoriscano gli scambi intergenerazionali e il supporto alle persone fragili.

Una strategia regionale per cogliere le opportunità di finanziamento

Il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e la nuova programmazione europea 2021-2027 offrono per i prossimi anni ulteriori opportunità di finanziamento per le politiche rivolte alla qualità dell'abitare e alla rigenerazione urbana. Già attraverso il Programma innovativo nazionale per la qualità dell'abitare (PINQuA) è stata avviata una proficua interlocuzione con le amministrazioni comunali e con ANCI Toscana, per favorire la più ampia partecipazione

⁵ Il Fondo *housing* toscano istituito nel 2012 e con durata di 25 anni è un fondo comune di investimento immobiliare di tipo chiuso, riservato ad investitori qualificati. Scopo primario del Fondo è la realizzazione di interventi abitativi di *social housing* nel territorio della Regione Toscana, favorendo la formazione di un contesto abitativo e sociale all'interno del quale sia possibile non solo accedere ad un alloggio adeguato di edilizia convenzionata, ma anche a relazioni umane ricche e significative. Il fondo è partecipato dal Fondo nazionale di investimento per l'abitare (gestito da CDPi SGR SpA), dalle fondazioni bancarie delle Casse di Risparmio di Firenze, Prato, Pistoia e Livorno, dalla Regione Toscana, UnipolSai, l'Istituto di sostentamento del clero della Diocesi di Firenze e dalle cooperative di Abitazione.

da parte dei comuni eleggibili al bando nazionale. Il passaggio però più significativo, nell'ottica della costruzione di una strategia toscana per il PINQuA, è stato fatto attraverso la realizzazione di linee di indirizzo⁶ che la Regione, in concertazione con l'associazione dei comuni, ha emanato al fine di rendere coerenti le proposte progettuali comunali, oltre che con quanto previsto dal decreto interministeriale, con le politiche regionali di settore, in particolare con gli strumenti di pianificazione territoriale, con il quadro degli investimenti legati ai temi dell'edilizia residenziale sociale e dell'edilizia residenziale popolare e con il quadro degli investimenti legati ai temi ambientali e di resilienza urbana in opere pubbliche. Infine, ma non meno importante, le linee di indirizzo stimolano il coinvolgimento, sin dalla fase di redazione della proposta progettuale, sia dei soggetti del Terzo settore in grado di qualificare gli interventi con azioni riferite all'inclusione sociale, ai sistemi di welfare e alla partecipazione comunitaria rispetto ai luoghi dell'abitare interessati dai progetti, sia dei soggetti gestori del patrimonio di Edilizia residenziale pubblica.

Insieme alle richiamate linee di indirizzo, Regione Toscana ha contestualmente emanato l'orientamento per la presentazione delle tre proposte progettuali regionali da avanzare nell'ambito del PINQuA. La valutazione delle 16 candidature pervenute, a cura della Direzione urbanistica della Regione, ha quindi portato all'individuazione delle tre proposte progettuali di interventi coordinati su scala sovracomunale da sottoporre al PINQuA, tutte risultate ammissibili al finanziamento da parte del Ministero⁷:

1. progetto CASCINA (Comunità d'area e servizi di cooperazione intercomunale per un nuovo abitare);
2. Abitare la Valle del Serchio;
3. Nuove CaSe - Qualità dell'abitare e della coesione sociale.

Ancora sul fronte della rigenerazione urbana, in considerazione delle opportunità di finanziamento, a livello nazionale ed europeo, che nel prossimo futuro potranno emergere dagli atti di programmazione attualmente in via di formazione, la Giunta regionale ha istituito un tavolo regionale per la predisposizione di un parco progettuale in materia di rigenerazione urbana e dell'abitare⁸, con l'obiettivo di individuare progettualità che sul territorio, pur con livelli diversificati, si stanno definendo e rispondere con tempestività alle possibilità che potranno presentarsi nel breve e medio termine.

Attraverso una manifestazione di interesse rivolta a tutti i comuni toscani, singoli o associati, alle Unioni di comuni e alla Città metropolitana di Firenze, il tavolo si pone l'obiettivo di effettuare una ricognizione e dunque costituire un parco progettuale regionale, in materia di rigenerazione urbana e qualità dell'abitare, avviando un percorso strutturato di sostegno e assistenza tecnico-amministrativa ai comuni, con il fine di costruire e attuare una strategia omogenea per la rigenerazione urbana, tesa a convogliare risorse comunitarie e nazionali, in

⁶ Delibera di Giunta regionale 1482 del 30 novembre 2020.

⁷ Decisione adottata con Delibera di Giunta n.165 dell'8/3/2021.

⁸ Di cui alla Decisione di Giunta regionale n.38/2021 e costituito con Decreto del Direttore n.6752 del 23.04.2021.

sinergia con eventuali risorse regionali.

Gli interventi presentati dovranno essere volti al recupero, riqualificazione e rifunzionalizzazione del patrimonio edilizio esistente e degli spazi pubblici, anche attraverso la rigenerazione del tessuto urbano e sociale, alla riqualificazione delle aree urbane degradate, alla riorganizzazione funzionale delle aree dismesse, al recupero e riqualificazione degli edifici di grandi dimensioni o complessi edilizi dismessi, alla riqualificazione delle connessioni con il contesto urbano.

L'avviso regionale, coerentemente con i principi propri della rigenerazione urbana, sottolinea – accanto alla componente relativa all'urbanistica e alla qualità edilizia, alla sostenibilità ambientale – la valenza sociale di tali interventi, con particolare riferimento allo sviluppo dei servizi sociali e culturali, educativi e didattici, ovvero alla promozione delle attività culturali e sportive, funzionale alla riduzione dei fenomeni di marginalizzazione e di degrado sociale. Punto focale, quindi, è la compresenza di funzioni urbane diversificate e complementari e il raggiungimento di un'equilibrata composizione sociale anche attraverso interventi di edilizia sociale.

Il tavolo regionale non è investito del compito di valutazione delle proposte progettuali giunte attraverso la manifestazione di interesse, non trattandosi di un bando su risorse già definite, quanto piuttosto di raccolta e catalogazione delle stesse, funzionale al loro reindirizzo in funzione delle opportunità di finanziamento che dai diversi livelli istituzionali potranno arrivare nei prossimi anni. Un tavolo, in cui sono rappresentate le componenti regionale e comunale, che attraverso una sorta di “vista dall'alto” sistematizza le progettualità già presenti, o in fase di sviluppo, per poi orientarle verso le principali opportunità di finanziamento che potranno presentarsi in futuro dai livelli europeo, nazionale e regionale. Se nella prima fase di lavoro del tavolo verranno verosimilmente raccolte proposte in avanzato stato di progettazione, poiché già presentate su bandi e avvisi di recente uscita o perché parte di strategie di intervento pensate su fondi propri dei comuni, è auspicabile che il tavolo riesca anche a stimolare la nascita di nuove progettualità che possano cogliere le opportunità lungo un arco di tempo più lungo (si pensi al PINQuA, che ha validità fino al 2033). Eventi di diffusione di progettualità o di interventi già realizzati sono, con questa finalità, già stati realizzati e rappresentano una sorta di sollecitazione alla mobilitazione per le amministrazioni comunali, per farsi trovare pronti alle opportunità dei bandi competitivi, che potranno accompagnare lo sviluppo delle strategie di rigenerazione urbana e della qualità dell'abitare.

Le Équipe multiprofessionali

Riferimenti normativi e istituzioni in ambito sociale, principali caratteristiche

C. Corezzi (Regione Toscana), I. Candeago, S. Notaro (Istituto degli Innocenti)

In ambito sociale, un forte impulso ad una metodologia d'intervento basata sul lavoro multiprofessionale è stato sicuramente dato, a partire dal 2011, dal Programma di intervento per la prevenzione dell'istituzionalizzazione (PIPPI), programma nazionale promosso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, dal Laboratorio di ricerca e intervento in educazione familiare dell'Università di Padova e (all'epoca) dalle dieci Città riservatarie ex L 285/1997. Con il successivo e progressivo forte coinvolgimento delle Regioni, il programma PIPPI ha oggi superato la fase "sperimentale" del progetto, rappresentando in molte realtà locali un modello di intervento nel supporto alle famiglie in situazione di fragilità basato su alcuni assunti teorici e metodologici fondamentali, tra cui il lavoro integrato multiprofessionale e la partecipazione delle famiglie al progetto di presa in carico.

Ed è primariamente dall'esperienza PIPPI e dal Tavolo istituzionale in esso costituito che derivano gli indirizzi delle Linee guida nazionali per "L'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità"¹ pubblicate nel 2017 dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali. Questo documento, che richiama al IV Piano nazionale d'azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva e alle Raccomandazioni europee attinenti (REC 2006/19/EU), ha il primario obiettivo di favorire un diffuso investimento nell'infanzia e nella genitorialità, promuovendo interventi innovativi da parte dei servizi in favore delle famiglie vulnerabili. Tra gli elementi di innovazione viene infatti individuato anche il lavoro di équipe. Secondo gli indirizzi nazionali, ogni percorso d'intervento deve essere realizzato da un'Équipe multiprofessionale (EM) che, ponendo al centro del proprio intervento la risposta ai bisogni dei bambini come interesse prioritario, garantisce qualità, continuità e appropriatezza dei processi di accompagnamento, nella realizzazione delle azioni previste e nell'utilizzo degli strumenti. La composizione dell'EM è funzionale ai bisogni del bambino, può essere a "geometria variabile" per cui può prevedere un gruppo "base" di professionisti, tra cui viene individuato un responsabile, e una serie di professionisti che possono aggiungersi di volta in volta in base alle necessità o grado di coinvolgimento (équipe allargata). Nella "équipe di base" è prevista la presenza della famiglia (bambino e figure genitoriali), assistente sociale, educatore professionale, figure di area sociosanitaria di base o

¹ Linee indirizzo nazionali "L'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità": <https://www.lavoro.gov.it/notizie/Pagine/Linee-di-indirizzo-per-il-sostegno-alle-famiglie-vulnerabili-per-la-tutela-dei-bambini-e-dei-ragazzi.aspx>

specialistici come psicologi, neuropsichiatri, logopedisti ecc. All'“équipe allargata” possono partecipare insegnanti e figure educative, figure significative per la famiglia, altri professionisti socio-sanitari del pubblico e del privato.

Il lavoro in EM si configura come:

- un luogo inclusivo che offre opportunità di “tessitura” interprofessionale e interpersonale per co-costruire lo stesso progetto;
- un luogo di co-decisionalità nel quale confrontare i diversi punti di vista, al fine di arrivare alla definizione condivisa della progettazione, evitando la frammentarietà degli sguardi e la dispersione delle informazioni, oltre alla segmentazione delle specifiche responsabilità e competenze;
- un luogo generativo, in cui la condivisione dei processi di analisi, progettazione e valutazione favorisce la costruzione di un linguaggio comune, la trasparenza della relazione con la famiglia e la corresponsabilità nell'agire dei servizi.

Il lavoro in EM, dunque, è più che una modalità di lavoro collettivo, caratterizzato dall'interazione di vari interventi tecnici delle diverse figure professionali attraverso la comunicazione verbale e scritta. Nel lavoro multidisciplinare, ogni figura professionale, pur integrandosi con le altre, mantiene un ruolo centrale e pari dignità, per potenziare l'intervento mirato al raggiungimento degli obiettivi prefissati in un dialogo costante che ha, al centro, il benessere del bambino.

Parallelamente, la metodologia di lavoro in équipe si è diffusa anche in altri settori di intervento. Con il Decreto interministeriale del 26 maggio 2016 che ha approvato il Sostegno per l'inclusione attiva (SIA) - misura di contrasto alla povertà che prevedeva l'erogazione di un beneficio economico alle famiglie in condizione di povertà attraverso l'adesione ad un progetto personalizzato di attivazione sociale e lavorativa – l'équipe multidisciplinare è stata inquadrata in un percorso strutturato²: ogni progetto è infatti seguito da una EM, orientativamente costituita da un assistente sociale e un operatore dei servizi per l'impiego. Secondo le necessità emerse in fase di pre-analisi ed analisi dei bisogni della famiglia, la composizione dell'EM può richiedere il coinvolgimento di altre figure professionali, quali: operatore sociale, operatore dei servizi socio-sanitari specialistici, operatore per la tutela della salute, operatore per l'istruzione e la formazione, altri soggetti privati, in particolare non profit.

Dal 1 gennaio 2018 il SIA è stato sostituito dal Reddito di inclusione (REI) come previsto dal Decreto legislativo 15 settembre 2017 n. 147: nell'impianto della misura³, l'EM è stata mantenuta, prevedendone però la costituzione solo nel caso in cui in fase di analisi preliminare emerga la necessità di sviluppare un quadro di analisi approfondito. È composta

2 Linee guida per l'attuazione del SIA <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/poverta-ed-esclusione-sociale/focus-on/Sostegno-per-inclusione-attiva-SIA/Documents/SIA-Linee-guida-progetti-pre-sa-in-carico-2016.pdf>

3 Linee guida REI <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/poverta-ed-esclusione-sociale/focus-on/Reddito-di-Inclusione-ReI/Documents/Linee-guida-REI.pdf>

da un operatore sociale identificato dal servizio sociale competente e da altri operatori, appartenenti alla rete dei servizi territoriali, individuati sulla base dei bisogni più rilevanti del nucleo familiare, con particolare riferimento ai servizi per l'impiego, la formazione, le politiche abitative, la tutela della salute e l'istruzione. L'importanza e la necessità di mantenere e strutturare il lavoro sociale in EM sono evidenziate anche dalla Linea guida regionale per la presa in carico degli utenti REI allegata al Documento programmatico di contrasto alla povertà⁴ (approvato con DGR 998/2018), elaborata da professionisti delle Zone distretto toscane, Regione Toscana e Anci Toscana.

A seguito dell'introduzione del Reddito di cittadinanza - RDC (Decreto legge n. 4/2019), dal 1 marzo 2019 il REI non è più attivo: la nuova misura si configura come uno strumento di politica attiva del lavoro e di contrasto alla povertà e prevede percorsi diversi per le famiglie con determinate caratteristiche che permettono l'attivazione del Patto per il lavoro (indirizzate ai Centri per l'impiego) rispetto a quelle che non possiedono tali requisiti. Infatti, i nuclei beneficiari dell'RDC non immediatamente attivabili per un percorso lavorativo sono contattati dai servizi dei Comuni competenti in materia di contrasto alla povertà per iniziare un percorso di inclusione sociale. Al percorso si accede previa valutazione multidimensionale, finalizzata a identificare i bisogni del nucleo e a definire il Patto per l'inclusione sociale ed i sostegni in esso previsti, che costituiscono i livelli essenziali delle prestazioni. Come già avveniva con il REI, l'équipe multidisciplinare è attivata solo nel caso in cui, nel corso dell'analisi preliminare, emergano bisogni complessi che necessitino di un quadro di analisi e della redazione di un Patto per l'inclusione sociale complesso. Le linee guida⁵ prevedono che l'EM sia composta da un operatore/assistente sociale e da altri operatori afferenti alla rete dei servizi; all'interno dell'équipe viene individuata una figura di riferimento (case manager o operatore "responsabile della famiglia") che coordina il lavoro. L'EM promuove la più ampia partecipazione della famiglia e - laddove ritenuto utile - il coinvolgimento attivo dei minorenni. La responsabilità di questa misura è *in primis* del servizio sociale, ma dato che la valutazione è olistica e unitaria, e che la "presa in carico" necessita del contributo dei professionisti dei servizi per la salute, dei servizi per il lavoro, dei servizi educativi, fra cui i servizi per la prima infanzia, i centri per le famiglie, della scuola, ecc., l'équipe può essere integrata da altri operatori e può coinvolgere tutti gli attori, anche appartenenti alle reti informali, che hanno un ruolo significativo nella vita delle famiglie.

Questa visione d'insieme è fondamentale: a partire dall'8ª fase (2018-2020) anche il PIPPI ha infatti inserito a pieno titolo nelle équipe territoriali la figura di un referente dei CDI, a sancire un *continuum* non solo operativo ma anche culturale e programmatico tra le azioni promozionali, preventive e di cura e accompagnamento in favore dei nuclei familiari, dei bambini e del loro ambiente di vita.

4 All. A DGR 998/2018

5 Linee guida per la definizione dei Patti per l'inclusione sociale <https://www.lavoro.gov.it/redditodi-cittadinanza/Patto-per%20-inclusione-sociale/Documents/RdC-LINEE-GUIDA.pdf>

Come vedremo, la strutturazione di EM non è avvenuta esclusivamente in ambito di povertà o infanzia e adolescenza: altri programmi e misure rivolti a persone in condizioni di esclusione sociale prevedono la presenza di EM proprio per agevolare una presa in carico complessiva delle necessità e dei bisogni emergenti.

Le Équipe per la presa in carico delle famiglie in situazioni di vulnerabilità in Toscana

A partire dal 2016 la Regione Toscana ha inteso valorizzare le esperienze maturate con il PIPPI e metterle a sistema con altre progettualità e fonti di finanziamento presenti a livello nazionale e locale. Per venire incontro alle difficoltà più volte evidenziate dai territori nel reperire e coinvolgere all'interno delle EM figure professionali specialistiche di area sanitaria, le risorse provenienti dal Dipartimento Politiche per la famiglia sono state impegnate per l'assunzione di specialisti (prevalentemente psicologi e neuropsichiatri infantili) che garantissero una presenza stabile all'interno delle EM. Dal monitoraggio effettuato, le "Unità" o "Gruppi" di valutazione delle competenze genitoriali e la tutela del minore risultano formalizzate in più della metà delle Zone distretto toscane con una composizione "a geometria variabile" che ruota intorno al coinvolgimento del Servizio sociale, Unità funzionale salute mentale infanzia e adolescenza, Unità funzionale salute mentale adulti, SerD, Unità funzionale consultoriale.

Con l'obiettivo di favorire il consolidamento di questo sistema integrato di competenze, la Regione Toscana, con il supporto dell'Istituto degli Innocenti di Firenze, nell'ambito delle attività del Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza, ha proposto alcuni percorsi formativo-informativi mirati al rafforzamento del modello toscano di intervento multiprofessionale nei percorsi integrati di prevenzione e protezione a favore di famiglie con bisogni complessi. Una prima edizione del percorso formativo (svolta nel primo semestre dell'anno 2019) ha coinvolto operatori di ambito sociale, sanitario e educativo dell'Area vasta Toscana Centro, in particolare le Zone Fiorentina Nord Ovest, Fiorentina Sud Est (il Comune capofila di Bagno a Ripoli) e Mugello. Una seconda edizione (svolta tra l'ultimo semestre dell'anno 2019 e conclusa nel primo semestre del 2020), aggiornata e in parte rivisitata, ha coinvolto operatori dei territori dell'Area vasta Toscana Nord Ovest e dell'Area vasta Toscana Sud Est. Le iniziative formative, per il rafforzamento e la promozione del lavoro in EM non è giunto al termine e prevedrà ulteriori momenti di approfondimento nei territori nei mesi a venire.

Coerentemente con quanto indicato dagli indirizzi nazionali già citati, la Regione Toscana sta incentrando il proprio impegno nell'accompagnamento alle famiglie in situazioni di fragilità e nella promozione di una genitorialità positiva, non solo attraverso azioni di formazione e raccordo interistituzionale. Sempre attraverso le azioni del Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza e in collaborazione con la Fondazione Zancan, è stato avviato un percorso d'indagine per raccogliere informazioni in merito all'attuale presenza, nelle 26 Zone distretto toscane, di EM nella presa in carico di famiglie vulnerabili. Attraverso un questionario, si intende infatti comprendere meglio presenza, caratteristiche, punti di forza e

criticità delle EM in modo da poter, in un prossimo futuro, ancor meglio orientare azioni a supporto dei territori per modelli di intervento fondati sulla multiprofessionalità.

Le Équipe per il contrasto all'esclusione sociale in Toscana

Nel Rapporto sulle povertà in Toscana del 2019⁶ le EM sono state oggetto di una disamina per capirne diffusione ed articolazione sul territorio toscano, attraverso quanto riportato dalle Zone nei Piani povertà e con un questionario *ad hoc*.

In tutte le Zone risultavano costituite EM strutturate e composte da una pluralità di figure professionali, anche se criteri organizzativi e composizione risultavano diversificati a seconda dei territori e, ovviamente, dei bisogni del nucleo familiare: la distinzione più evidente è quella tra EM che si riuniscono e si compongono in base ai singoli casi da trattare e quelle che invece hanno previsto una composizione più stabile e una cadenza regolare di incontri.

Le figure coinvolte appartengono a molteplici settori professionali: maggiore la presenza di educatori, operatori generici di varie organizzazioni pubbliche e private, psicologi e psichiatri. Per quanto riguarda i risultati quantitativi dell'attività delle EM, dai Piani povertà risultavano complessivamente 13.211 nuclei familiari beneficiari del REI: di questi, circa il 43% era stato preso in carico dalle EM, con differenze anche rilevanti tra le varie Zone distretto.

Nel questionario, la maggior parte delle Zone distretto ha dichiarato di aver istituito l'EM e la totalità utilizza ormai strumenti condivisi. Altra dimensione sondata è la presenza strutturata di servizi ed Enti all'interno dell'EM: particolarmente rilevante è la presenza stabile dei Centri per l'Impiego e quella abbastanza consistente del Terzo settore, dato che evidenzia, almeno formalmente, un modello territoriale toscano improntato alla collaborazione, sedimentatosi nel corso della sperimentazione SIA e REI.

Risulta piuttosto debole il collegamento con la scuola e con le politiche abitative (situazione che permane anche nel 2020, al momento della rilevazione effettuata per il Quarto rapporto sulle povertà in Toscana⁷), mentre la presenza non stabile dei servizi sociosanitari potrebbe essere indicativa sia di scarsa formalizzazione dei processi organizzativi come di minore necessità del loro coinvolgimento rispetto alle tipologie di casi presi in carico.

Nel rapporto del 2019 si evidenziava come, nella maggior parte delle Zone, le EM non fossero state formalizzate. Questo dato persiste ancora nella situazione toscana: solo 8 Zone distretto, infatti, dichiarano di aver formalizzato le EM con specifici atti.

Nell'ultimo Rapporto sono stati sondati in particolare gli elementi di connessione tra l'Équipe RDC e altre EM professionali attivate su misure riguardanti persone (maggioresenni e minoresenni) in condizioni di esclusione sociale (programma regionale POR FSE rivolto a

6 Pag. 88 e seguenti - Terzo rapporto Le Povertà in Toscana anno 2019 <https://www.regione.toscana.it/-/le-poverta-in-toscana-terzo-rapporto-anno-2019>

7 Pag. 49 e seguenti - Quarto rapporto Le Povertà in Toscana anno 2020 <https://www.regione.toscana.it/-/quarto-rapporto-sulle-povert%C3%A0-in-toscana-anno-2020>

persone svantaggiate, infanzia e adolescenza, Gruppo di lavoro integrato sul caso (GLIC) per l'integrazione degli studenti con disabilità, *Care Leavers*, programmi rivolti a persone senza dimora, progetti TEAMS rivolti a persone immigrate). Il buon livello di collaborazione tra Équipe RDC ed Équipe POR, che emerge dall'indagine, rivela l'integrazione in atto nei territori per il sostegno e la collaborazione sui percorsi di supporto occupazionale, come evidenziato anche dal processo di consolidamento delle interrelazioni tra Servizio sociale e Centri per l'impiego secondo un modello di micro Équipe o di Équipe base, specialmente a seguito dei processi di impoverimento e di perdita occupazionale connessi con la pandemia Covid-19.

Integrazione e adattamento di fronte alle nuove sfide

L'impatto delle restrizioni dovute all'epidemia ha avuto effetti importanti anche sull'organizzazione dei servizi, introducendo innovazioni soprattutto nel rapporto con gli utenti: da un lato il profilo dell'accesso alle prestazioni a carattere economico o assistenziale e, in genere, la presentazione telematica di istanze e domande relative alle prestazioni; dall'altra il funzionamento dei servizi sia per la conduzione di incontri e riunioni a distanza sia per quanto riguarda il versante particolarmente sfidante dell'utilizzo di piattaforme telematiche per il colloquio professionale.

Questi temi sono stati al centro dei seminari tematici e dei laboratori di scambio esperienziale tra gli operatori delle Zone distretto organizzati dalla Comunità di pratica per l'inclusione sociale in Toscana⁸ nel primo semestre 2021, che hanno posto l'attenzione sui bisogni delle famiglie con minori e sul lavoro nelle EM in particolare per quanto riguarda:

- la valutazione dei bisogni complessi e la presa in carico: strumenti e metodi (a partire dal modello sperimentato attraverso PIPPI e attraverso RDC);
- l'Équipe multidisciplinare e l'integrazione interprofessionale (in particolare tra EM, RDC e EM area infanzia/adolescenza, con il coinvolgimento di assistenti sociali, educatori, psicologi/neuropsichiatri infantili, operatori dei Centri per l'impiego ed operatori delle Istituzioni scolastiche);
- lo sviluppo di comunità e le reti con i soggetti territoriali;
- l'attivazione degli interventi: misure, dispositivi, servizi presenti e attivabili sul territorio;
- la programmazione e l'integrazione delle risorse finanziarie (comunitarie, nazionali, regionali e locali).

Gli argomenti emersi dai laboratori effettuati tra aprile e maggio 2021 hanno messo in evidenza che l'EM funziona se è dedicata e stabile, riconosciuta e formalizzata anche attraverso protocolli, utilizza lo stesso linguaggio e gli stessi strumenti, mette al centro l'ascolto e non le procedure; non funziona se gli operatori di organizzazioni diverse hanno differenti focus di intervento, non è chiara la distribuzione di compiti e ruoli, non si lavora coinvolgendo le famiglie fin dall'inizio, i servizi specialistici partecipano solo se c'è disponibilità da parte del singolo operatore, si delega solo al *case manager* la decisione finale.

⁸ Per approfondimenti, si veda "Le Comunità di pratica professionali" in questo volume

Soprattutto in questo periodo di pandemia si è rilevata la difficoltà a far funzionare le Équipe a causa dei collegamenti in remoto, che se da una parte agevolano le agende degli appuntamenti evitando spostamenti, dall'altro rendono più difficoltose le interazioni mediate da uno schermo e non in presenza.

Le Équipe di PIPPI e, più in generale, quelle di tutela minori/minori e famiglie, hanno mediamente maggiore stabilità e funzionano meglio perché hanno costruito una metodologia di rapporto con la famiglia. In questi casi, l'assistente sociale RDC più facilmente si inserisce nell'Équipe esistente per portare il suo contributo e raccogliere quello degli altri professionisti. La famiglia ha un unico riferimento.

Perciò è ritenuto estremamente utile diffondere metodologie e riferimenti, partire dai punti di contatto per costruire modelli teorici comuni per lavorare con le famiglie fragili, anche attraverso momenti di dialogo con la comunità dei professionisti e del territorio. È importante costruire obiettivi comuni a partire dalla diversità di focus di intervento, di assetto organizzativo, di riferimenti metodologici.

Le Comunità di pratica professionali

Verso una Comunità di pratica per l'inclusione sociale in Toscana

S. Brunori, B. Cigolotti, C. Corezzi (Regione Toscana)

Il termine "Comunità di pratica" o "*Community of practice*", compare all'inizio degli anni '90 e si riferisce ad un insieme di persone che condivide interessi e problematiche, per collaborare, promuovere, discutere e confrontarsi su questioni correlate ai diversi interessi, partendo dallo scambio delle singole conoscenze degli individui.

La Comunità di pratica (CP), in quanto *setting* di apprendimento collettivo partecipato, basato sulla contaminazione tra esperienze, rappresenta uno strumento estremamente utile per i territori toscani soprattutto in questa particolare fase storica, in cui l'emergenza Covid-19, portando con sé un significativo acuirsi dei bisogni, rende sempre più necessario un ripensamento delle modalità di lavoro degli operatori, con particolare riferimento alla presa in carico e all'accompagnamento delle fragilità delle persone e delle famiglie.

Il progetto di costruzione della CP per l'inclusione sociale in Toscana nasce nel 2020 nel quadro dell'Accordo di collaborazione tra Regione Toscana e ANCI Toscana finalizzato allo svolgimento e al coordinamento delle azioni previste nelle materie del sociale e sociosanitario, in collaborazione con IRS (Istituto per la Ricerca sociale di Milano); gli obiettivi sono quelli di evidenziare i bisogni (delle famiglie, dei minori, degli stranieri), effettuare approfondimenti, organizzare le informazioni ed affrontare le pratiche di presa in carico ed integrazione professionale ed interprofessionale degli operatori, favorendo le connessioni fra interventi e percorsi in atto.

La struttura di base

Il progetto prevede le seguenti attività generali, che sono state strutturate in modo da potersi svolgere anche a distanza in modalità online:

- seminari semi-strutturati rivolti alle Zone distretto, con interventi di esperti e testimonianze dai territori;
- laboratori tematici per la condivisione e lo scambio di esperienze tra operatori;
- piattaforma web della CP, con accesso riservato agli aderenti, che contiene
 - forum tematici dove porre quesiti e scambiare informazioni;
 - novità – aggiornamenti e spunti interessanti, eventi di interesse;
 - documenti utili e normative;
 - esperienze zonali e pratiche da condividere;
 - materiali prodotti durante gli incontri della CP;
- *newsletter* bimestrale del quadro evolutivo della normativa di riferimento e dei principali dati a disposizione, suddivisa in sezioni
 - normativa e circolari attuative nazionali;

- normativa e circolari attuative regionali;
- dati e ricerche;
- punti di vista ed esperienze dei territori;

Il percorso

La prima fase, avviata a luglio 2020 con un seminario di lancio, ha centrato l'attenzione sulle misure di contrasto alla povertà ed ha quindi coinvolto operatori dei Servizi sociali e del Terzo settore che si occupano della presa in carico delle persone fragili.

I tre laboratori (uno per Area vasta) hanno riguardato l'accompagnamento delle fragilità ai tempi della pandemia, tra necessità di distanziamento fisico e bisogni di socializzazione. Il lavoro dei Gruppi è stato commentato, sintetizzato e presentato nel seminario di chiusura che si è svolto a dicembre 2020.

In particolare, si è evidenziato che la pandemia ha provocato:

- emersione di nuovi bisogni, non solo lavorativi, economici e abitativi, ma anche di sostegno psicologico e ascolto;
- insorgenza di vulnerabilità e fragilità anche in categorie di persone mai incontrate prima dai Servizi;
- maggiori necessità di accompagnamento di minori in situazioni di fragilità che, a causa dell'emergenza sanitaria, hanno difficoltà soprattutto nel periodo adolescenziale ad avere relazioni con i loro coetanei;
- condizioni di lavoro e di vita mutate per tutti, cittadini che accedono ai servizi e professionisti che li accolgono;
- necessità di ri-pensamento degli interventi e delle modalità per attuarli da parte dei Servizi sociali nel momento di crisi:
 - attivando interventi /azioni di accoglienza e ascolto con target e modalità diversificate: più numeri di telefono di sostegno, punti di ascolto psicologico e sociale, servizi per anziani fragili, spesa a domicilio e consegna farmaci;
 - trovando modalità alternative al colloquio in presenza – telefono, videoconferenza, videochiamate;
 - mantenendo stabili gli impegni previsti dai progetti di aiuto nell'area minori e famiglie, ad esempio organizzando in maniera creativa, e a distanza, doposcuola e interventi educativi e di sostegno scolastico;
 - potenziando la formazione degli operatori all'utilizzo competente degli strumenti tecnologici a disposizione per la relazione di aiuto;
 - snellendo le procedure attraverso la valorizzazione di quelle in uso in tempi di pandemia;
 - mantenendo e migliorando i progetti attivati durante il lockdown.

L'ottimo riscontro da parte degli operatori coinvolti nell'iniziativa ha portato, per il 2021, ad allargare il campo di interesse a politiche ed interventi di inclusione sociale delle famiglie in situazione di vulnerabilità – in particolare sui bisogni di quelle con minori – come un supporto /contributo per avviare un processo di accompagnamento e sostegno alle Zone distretto per

lo sviluppo e il rafforzamento, in dimensione laboratoriale, dell'integrazione dell'équipe multidisciplinare, non solo attraverso lo scambio e l'integrazione di competenze e conoscenze, ma anche per la definizione di alcuni dei requisiti organizzativi e amministrativi necessari affinché i percorsi di valutazione e di presa in carico integrata delle famiglie fragili possano diventare unità operative e funzionali, attive a livello di ogni zona distretto.

Il lavoro si è concentrato sulle EM⁹ - quale luogo per eccellenza di ricomposizione tra professioni, servizi e risorse finanziarie - a partire dal modello sperimentato attraverso l'RDC ed il PIPPI, sviluppato in Toscana con il supporto del Centro regionale infanzia e adolescenza.

Il seminario di avvio si è tenuto a marzo 2021 ed da questo sono seguiti tre Laboratori (uno per Area vasta), cui hanno partecipato operatori RDC e operatrici e operatori (assistenti sociali, psicologi, educatori) dell'area infanzia-adolescenza; il seminario di chiusura si è tenuto a luglio 2021.

Nell'ambito del percorso, estremamente partecipato, sono state evidenziate alcune aree di sviluppo:

- promuovere un cambio di mentalità rispetto alle “carriere di povertà” soprattutto alla luce delle nuove fragilità esplose a causa della crisi dovuta alla pandemia;
- organizzare una formazione interprofessionale comune, che aiuti a trovare linguaggi e strumenti condivisi;
- favorire il lavoro di gruppo con le famiglie, anche insieme ai loro figlie e figli, facendole partecipare attivamente per la condivisione degli interventi/azioni di sostegno e supporto;
- garantire tempi e spazi di incontro stabili per il lavoro di équipe, a partire dalla stabilizzazione delle figure professionali indispensabili (assistente sociale, psicologo, educatore) per le quali è ancora troppo frequente il turn over;
- poter contare su fonti di finanziamento stabili;
- promuovere protocolli operativi tra enti che possano aiutare anche a coinvolgere maggiormente nelle équipe i servizi specialistici ed il mondo della scuola;
- lavorare sulla interoperabilità delle diverse piattaforme informatiche in uso;
- aumentare i momenti di incontro e scambio tra settori e sistemi diversi.

Per la seconda parte del 2021 l'attenzione sarà focalizzata sulle interazioni sociale/lavoro in Toscana, selezionando buone pratiche/esperienze di integrazione tra i due settori a livello territoriale da presentare nei laboratori. A partire dall'introduzione delle misure nazionali di contrasto alla povertà ed in particolare del RDC, infatti, l'integrazione tra operatori del sociale e del lavoro si è resa sempre più necessaria, ma l'effettiva collaborazione non è omogenea su tutto il territorio toscano: è quindi estremamente utile poter condividere strumenti e modalità di lavoro che possono essere mutuati anche in luoghi diversi, con i necessari aggiustamenti.

⁹ Per approfondimenti, si veda “Le équipe multiprofessionali” in questo volume.

Reti sociali e comunità competente alla prova del Covid-19

S. Lomi (Regione Toscana)

La riflessione sul ruolo delle comunità locali e sul loro auspicabile posizionamento quale pilastro dell'organizzazione societaria, ha ormai contaminato l'analisi socioeconomica, spingendo il ragionamento sulla necessità di rigenerare un sistema societario che consideri le comunità locali parte attiva nella costruzione di nuovi equilibri sociali ed economici, anche come conseguenza delle trasformazioni e dei cambiamenti epocali dovuti all'emergenza epidemiologica ancora in corso.

La riflessione contemporanea, dunque, ci spinge ad orientare i processi di sviluppo dei territori, verso comunità locali sempre più competenti ed in grado di autodeterminare i caratteri del proprio progresso e del modo stesso di fare comunità. Uno dei massimi studiosi dell'economia del nostro tempo, Raghuram Rajan, sostiene che le comunità locali, con il loro portato di capitale sociale, economico e relazionale, sono state dimenticate da stati e mercati ed è necessario ripensare il rapporto tra mercati e società civile per "rafforzare il potere e la vitalità delle comunità locali come antidoto alla disperazione ed al malcontento crescenti"¹⁰.

Un appello che giunge da uno dei più importanti studiosi dell'economia del nostro tempo, destinato probabilmente ad attecchire in quanto stimola e promuove un processo di reale rivisitazione dei sistemi locali di welfare, a partire dalla necessità di riorganizzare modelli sostenibili ed efficaci che, ad esempio in Toscana, trovano già riferimenti teorici e pratici nel Piano sociosanitario regionale 2018/2020, dove si cita la comunità competente e corresponsabile che riconosce i bisogni di salute, di benessere, di qualità della vita dei cittadini e attiva le risorse formali ed informali per soddisfarli, costruendo un profilo originale nel disegno della modernità abile nel generare maggiori sicurezze, equilibri e sostenibilità.

Tutto questo è necessario per rispondere in modo nuovo ed efficace ai fenomeni che, anche a seguito dell'emergenza epidemiologica, rappresentano alcuni dei *vulnera* più evidenti, quali l'invecchiamento della popolazione, i diversi modi di fare famiglia, la precarietà e fluttualità del lavoro, l'aumento delle disuguaglianze. Tutti fattori che influenzano gli attuali sistemi di welfare e rendono le politiche più vulnerabili sotto l'aspetto economico-finanziario, talvolta in ritardo nel dare risposte efficaci alle nuove sfide sociali.

È evidente che l'attuale crisi sanitaria condiziona il processo volto ad affermare un welfare generativo che trova la sua ragion d'essere proprio nell'urgenza contemporanea post pandemia di rispondere ai bisogni delle persone non più e non solo attraverso presidi, servizi e prestazioni, ma potenziando e sviluppando reti formali ed informali e processi sociali come matrice essenziale dell'azione civica, nell'ottica di un welfare di comunità dinamico e generativo.

¹⁰ Raghuram Rajan, Il terzo pilastro, ed Bocconi, 2019

La cultura del lavoro di rete e l'attenzione alla comunità competente sono modelli di riferimento largamente assimilati nelle pratiche e nei comportamenti degli operatori pubblici in Toscana, anche a partire dai vincoli e dalle opportunità presenti nelle società locali. La realtà toscana, infatti, si presta ad essere identificata come un mosaico di comunità locali che conservano la capacità di generare risorse di relazione, senso di appartenenza e significati condivisi. Tutte qualità essenziali per un approccio efficace alla soluzione di problemi. Comunità che sono in grado di tessere reti formali e informali tra gli altri attori sociali presenti, che curano ed alimentano il *fare comunità* a partire dalla capitalizzazione delle esperienze, delle storie individuali e collettive, della comune memoria.

È in questo scenario che fiorisce la cultura del lavoro di rete, cioè quella modalità operativa e organizzativa flessibile, maggiormente orientata alla condivisione delle risorse formali ed informali, materiali ed immateriali, che risulta decisiva nel raggiungimento di determinati obiettivi definiti e condivisi a livello locale.

Ne è una prova tangibile lo sforzo delle comunità toscane nel fronteggiare l'emergenza epidemiologica e nel proporre azioni e percorsi di resilienza e di cura, come risposta agli effetti che la pandemia ha prodotto in questa fase storica così complessa e in rapido e imprevedibile divenire. L'emergenza epidemiologica ha dimostrato che nelle comunità locali, grazie ad un lavoro decisivo del Terzo settore, la rete può essere il luogo della cura delle relazioni. Il Covid-19 forse ci ha insegnato che una risposta di comunità si può realizzare se riusciamo a combinare e contaminare le performance tecnico/professionali con le reti di prossimità, i *budget* finanziari pubblici con le risorse del privato (a partire dalle Fondazioni bancarie), le strutture per l'accoglienza dei più deboli con processi d'innovazione, idee, progetti orientati al rinnovamento sociale. È da questo mix formale ed informale che può scaturire la rigenerazione sociale: individuazione e sedimentazione di nuove pratiche di cittadinanza a partire dalla cura delle reti locali, dalla promozione delle soggettività, dall'emersione del protagonismo e delle capacità individuali dei cittadini. L'inevitabile crisi dell'attuale modello di welfare in seguito alla pandemia può essere considerata dalle istituzioni e dalla cittadinanza come una grande opportunità per l'avvio di nuovi processi partecipati e allo stesso tempo occasione per ripensare e riprogettare l'offerta sociale in un'ottica innovativa.

Emergenza epidemiologica, welfare generativo e Terzo settore

Recenti indagini svolte dall'Osservatorio sociale regionale, da ANCI Toscana e dal Centro servizi volontariato Toscana (CESVOT), riportate nel *Terzo rapporto sul terzo settore in Toscana, Regione Toscana, 2020*, dimostrano come la prima e la seconda ondata pandemica abbiano condizionato pesantemente le attività degli Enti del Terzo settore, ma, contemporaneamente, ci raccontano anche di un sistema di economie sociali che si è immediatamente integrato col pubblico, ha erogato risorse alla cittadinanza, ha attivato reti sociali e di volontariato. Dal lavoro di ricerca emerge un Terzo settore che fin dalle prime ore dell'emergenza epidemiologica *si è chinato*, con coraggio, impegno e dedizione, pronto ad accogliere e

curare le ferite dell'umanità, ma allo stesso tempo, si narra di un Terzo settore caduto in una grande sofferenza, orfano di quella socialità relazionale che è la linfa vitale del volontariato, dell'associazionismo di promozione sociale e del mondo della cooperazione sociale. Tutto ciò mette chiaramente in evidenza, pur nella consapevolezza che l'emergenza sanitaria ha avuto effetti ed impatti diseguali sui territori, il ruolo centrale del Terzo settore che, in una logica di corresponsabilità istituzionale, ha costituito il nerbo di quelle comunità resilienti che hanno retto l'urto della prima ondata pandemica e continuano ad essere presidi eccezionali in questa fase di convivenza col Covid-19.

Questi sintetici risultati emersi dalle suddette indagini rappresentano uno dei motivi profondi per cui il Terzo settore appare, tra Stato e mercati, come il soggetto che – prima di altri – riesce ad apportare qualità rigenerative e rassicuranti alle comunità locali, alimentando il fare comunità a partire dalla capitalizzazione delle esperienze, delle storie individuali e collettive, della comune memoria. Soggetti delle economie sociali che alimentano e rinnovano il welfare anche attraverso nuovi strumenti giuridici e operativi: dalle fondazioni di comunità, alle fondazioni di partecipazione, alle cooperative sociali agricole e alle cooperative di comunità, all'economia collaborativa. Tutte forme innovative per rispondere ai bisogni dei cittadini e delle comunità, per porsi in modo originale di fronte ai nuovi bisogni sociali, forme inedite di una proattività che anticipa, educa, ricuce ed alimenta, generando economie, socialità, salute e benessere.

Da qui un'idea di welfare generativo che poggia su pilastri sociali endogeni alle comunità locali e che garantisce crescita, benessere e felicità, mutuando dalla tutela dei diritti e dall'esercizio dei doveri, la forza necessaria a sostenere chi è più esposto, più fragile e vulnerabile, senza dimenticare che l'esclusione e lo sfaldamento sociale generano spiazzamenti e destabilizzazioni nella vita delle persone. È necessario costruire reti di protezione sociale affinché la salute delle persone possa essere ricercata, intercettando e identificando cause, problemi, situazioni, effetti e offrendo collegialmente, soluzioni da attuare nel tempo e nello spazio che abbiamo a disposizione. Dopo la pandemia, che speriamo non si riproponga con la forza devastante delle prime ondate, c'è un gran parlare di comunità, territori, welfare di prossimità, reti sociali. Questo ragionamento, tuttavia, ci porta a rivisitare il lavoro sociale come welfare generativo e non soltanto in termini di cura, aiuto, sostegno, prese in carico; ci impone infatti di procedere anche secondo l'ottica di comunità, ovvero promuovere le competenze operative e organizzative necessarie per promuovere il benessere e la felicità, a partire dal coinvolgimento delle comunità e dei suoi abitanti.

Nella logica del welfare generativo, le economie sociali in Toscana possono occupare spazi di pensiero e di azione, favorire la nascita ed il consolidamento di reti locali, agire in un'ottica di corresponsabilità col pubblico, con l'obiettivo di soddisfare i bisogni individuali e gli interessi collettivi. Sono economie formate da una varietà di imprese e organizzazioni che anche nella nostra regione rappresentano un insieme ricco e fondamentale per condividere valori, primo tra tutti quello del primato della persona.

Economie sociali che stanno attraversando una stagione di profonda e radicale revisione, un periodo straordinario e impegnativo, comunque utile a ridefinire *vision* e *mission* degli Enti del

Terzo settore. Una riforma che, a partire dal DLGS 117/2017, offre interessanti aperture innovative sulle modalità di rapporto tra Pubblica amministrazione e Terzo settore, sui vari procedimenti amministrativi con i quali è possibile stabilire collaborazioni tra pubblico e Terzo settore. È in corso un'ampia discussione culturale, amministrativa e giuridica a livello nazionale sui modelli di amministrazione cooperativa e condivisa e la Regione Toscana, con la legge 65/2020, si è mossa per governare questo processo di ri-orientamento e rigenerazione amministrativa al fine di diffondere e modellizzare nuove esperienze di welfare di comunità, basato sulla corresponsabilità pubblico/privato, e sull'uso diffuso degli istituti della coprogrammazione e coprogettazione.

Terzo settore ed economie sociali

Quale può essere, allora, il potenziale sprigionato dagli Enti del Terzo settore per ripartire dopo la pandemia? E, più in generale, quali sono i valori del capitale sociale di cui sono portatori non soltanto gli Enti del Terzo settore formalizzato, ma anche le formazioni sociali che appartengono all'ampio e variegato mondo delle economie sociali?

A queste domande possiamo provare a rispondere a partire da un ragionamento, forse condizionato anche dall'avvento della pandemia, che sta maturando in seno alla nuova programmazione 2021/2027 dell'UE e che intende inquadrare in modo sovranazionale il fenomeno dell'economia sociale per rendere i soggetti che vi appartengono veri agenti di cambiamento reale e attori riconoscibili in tutta l'Unione. Riconosciuto ormai l'apporto decisivo di questi soggetti in molti Paesi UE, lo sforzo è quello di profilare il perimetro degli attori dell'economia sociale per riconoscerli in modo omogeneo negli Stati membri e chiarirne il ruolo nella società. Tale riconoscimento potrà permettere una definizione *standard* di livello europeo dei soggetti dell'economia sociale, al fine di individuare i principi che governano questo fenomeno, a partire dalle differenze sociali, culturali, economiche e giuridiche. Un riconoscimento che potrà determinare anche nuovi vincoli e ulteriori opportunità nei rapporti con gli Enti pubblici.

In Toscana si contano quasi 27.000 soggetti riconducibili all'economia sociale, (ISTAT 2018), di cui circa 7.000 Enti del Terzo settore formalizzato che – nonostante l'inevitabile ridimensionamento causato dagli effetti dell'emergenza epidemiologica – rappresentano ancora un patrimonio di esperienze, competenze e potenzialità che favoriscono sguardi plurali sulla società locale, sul suo funzionamento, sui suoi profili conosciuti o su quelli meno esplorati e, più in generale, sulle modalità con cui vengono alimentate trama e ordito della solidarietà e della socialità. Una socialità sussidiaria sostenuta dalla forza, dalla consistenza e dalla presenza capillare e rassicurante del volontariato, dell'associazionismo, della cooperazione sociale, un mondo che considera ancora la mutualità e la prossimità aspetti essenziali nell'*essere società locale* in Toscana. Soggetti delle economie solidali che operano all'interno di una visione più ampia di sviluppo locale e di dialogo collaborativo con le Autonomie locali, utile sia alla programmazione locale, sia alla costruzione di percorsi ed esperienze condivise nella produzione di beni e servizi di pubblica utilità.

In Toscana possiamo contare su un Terzo settore dal carattere originale, differenziato per vocazione e organizzazione, capace di compartecipare da protagonista alla promozione del welfare e della salute, attento all'individuazione delle criticità presenti nella società locale. Soggetti

che hanno acquisito negli anni una marcata presenza pubblica, confermata e rafforzata, come abbiamo già detto, dalla recente riforma di settore, e che riescono ad intercettare, anticipando spesso l'intervento pubblico, i nuovi bisogni presenti nella società, facendosi carico di inventare soluzioni inedite per offrire risposte concrete ai cittadini. Abili e diretti osservatori delle trasformazioni sociali in atto, riescono a fronteggiare le nuove forme di spiazzamento sociale e di impoverimento che si manifestano in modo sempre più diffuso e che colpiscono particolarmente le famiglie non abituate a rivolgersi ai servizi, che specialmente in questa fase post pandemica sono particolarmente fragili e disorientate.

Un mondo, quello delle economie sociali, che si deve misurare anche con alcune sfide legate alla sostenibilità, allo sviluppo ed alla qualificazione di questo settore economico e sociale, a partire dall'accesso al credito, dalla necessaria crescita sul piano dell'*accountability*, dal ruolo *pubblico* assegnato a questi soggetti dalla riforma del Terzo settore. Le istituzioni, dal canto loro, devono valorizzare appieno questo capitale sociale ed economico, a partire dalla prossima programmazione sociosanitaria regionale a cui sono chiamate le comunità locali nello spirito di quella coprogrammazione che potrà riconoscere ai soggetti del Terzo Settore un ruolo centrale nell'analisi dei fenomeni sociali e nelle proposte legate all'offerta sociale.

Pandemia e sport, primi effetti in Toscana

Lo sport, al pari delle altre sfere della vita, è stato colpito dagli straordinari rivolgimenti sanitari, sociali ed economici provocati dalla pandemia da Covid-19, che ha portato forti cambiamenti nelle abitudini quotidiane delle persone e nell'attività delle organizzazioni sportive.

In attesa di poter comprendere a pieno la portata complessiva dell'emergenza sanitaria sul mondo sportivo, nel Terzo Rapporto regionale sullo sport in Toscana (curato dall'Osservatorio sociale regionale in collaborazione con ARS Toscana e Sport e salute) si è tentata una prima esplorazione degli impatti del lockdown, della primavera 2020, sugli stili di vita di bambini e adolescenti, sulla pratica sportiva dei toscani e sulle attività delle organizzazioni sportive della regione.

Per quanto riguarda gli effetti dell'isolamento (mancata socialità) e della mancanza di sport/attività fisica su bambini e adolescenti, ARS Toscana ha passato in rassegna una serie di studi prodotti nel post lockdown che hanno evidenziato una crescita dello *stress*, un peggioramento delle abitudini alimentari e del sonno, un uso eccessivo dei *social network* e, dal punto di vista dei ritorni diretti di salute, un maggior rischio di obesità, diabete e malattie cardiovascolari.

In relazione ai comportamenti sportivi dei cittadini, l'indagine condotta nell'estate 2020 da Sport e salute a livello nazionale – dalla quale è stato estrapolato un focus sulla Toscana – ha messo in luce come i toscani siano stati mediamente più virtuosi rispetto a quanto riscontrabile in media in Italia: sono stati più attivi rispetto ai connazionali (45% vs 42%), si sono rivelati più tonici (53% vs 39%), hanno praticato più frequentemente attività fisica all'aperto (81% vs 79%), si sono sentiti maggiormente in salute (90% vs 80%), sereni (72% vs 64%) e fiduciosi (70% vs 66%).

Anche le reazioni delle organizzazioni sportive toscane – anch'esse sondate da un'indagine di Sport e salute di profilo nazionale con approfondimento regionale – sono state più resilienti rispetto al quadro medio italiano:

- hanno mostrato un maggiore spirito di adattamento e innovazione – il 45% ha dichiarato di avere avuto strumenti e competenze adeguate ad affrontare la situazione (Italia: 42%), il 64% ha adottato nuovi strumenti di lavoro (Italia: 57%);
- hanno sviluppato un forte impulso all'offerta online – il 70% ha adottato nuovi strumenti di comunicazione (Italia: 64%), il 72% ha erogato servizi a distanza (Italia: 69%);
- hanno rivelato un maggiore slancio nella ripartenza – l'84% delle organizzazioni ha riaperto in tutto o in parte (Italia: 73%) anche se il 64% esprime difficoltà (Italia: 69%).

Il quadro complessivo che emerge per quanto riguarda le capacità di adattamento e reazione dei cittadini toscani e delle organizzazioni sportive fa ben sperare per la tenuta del sistema sportivo, ma non possono ovviamente essere sottaciute le forti criticità emerse e le difficoltà che hanno investito soprattutto il tessuto delle organizzazioni. Per questo la Regione Toscana, nell'ultimo anno, ha messo in campo progetti e iniziative volte a sostenere le società sportive ed i Comuni attraverso due avvisi pubblici:

- un avviso pubblico con risorse pari 2 milioni e 700mila euro rivolto alle società sportive, finalizzato a sostenerne le loro attività, con particolare riferimento alla ripresa della pratica sportiva e delle iniziative sportive in generale, nonché alla riapertura degli impianti sportivi (pubblici e privati) e degli spazi dedicati all'attività sportiva e motorio-ricreativa. L'avviso ha ricevuto oltre 2mila domande e dal momento in cui il presente volume va in stampa il decreto di assegnazione dei contributi è in gestazione;
- un avviso di oltre 10 milioni e 500mila euro rivolto agli Enti locali, con scadenza 6 ottobre 2021, teso a sostenere investimenti finalizzati al miglioramento e alla qualificazione del sistema di impianti e di spazi sportivi destinati alle attività motorio.sportive mediante contributi in conto capitale.

La partecipazione civica durante l'emergenza pandemica: i Cantieri della salute

R. Bottai (Regione Toscana), L. Caterino, A. Failli (ANCI Toscana)

La legge regionale 75/2017 sulla partecipazione in sanità ha disposto la nascita di una serie di istituti atti a garantire il coinvolgimento di cittadini e comunità nelle politiche di salute. Questi organismi favoriscono il dialogo tra Istituzioni, enti del Terzo settore e cittadini, riconoscendo a questi la possibilità di orientare l'azione pubblica attraverso attività di consultazione e proposta, in un'ottica collaborativa.

In particolare, la LR 75/2017 prevede un sistema di governance multilivello della partecipazione civica in sanità, composta da:

- Consiglio dei cittadini per la salute
- Comitati di partecipazione aziendali e di Zona distretto
- Consulte del Terzo settore (in presenza di SDS).

L'evento pandemico, oltre alla forte pressione esercitata sui sistemi di servizio sanitario e sociale, ha anche impattato sulle opportunità e sulla continuità della partecipazione da parte di associazioni e cittadini alle scelte che riguardano la salute delle comunità. Le misure di limitazione agli spostamenti, l'impossibilità di riunirsi all'interno di luoghi chiusi e il distanziamento interpersonale hanno così stravolto le tradizionali modalità di partecipazione in presenza, pure all'interno di una fase in cui il contributo del Terzo settore e del tessuto civico per la risposta organizzata all'emergenza Covid-19 è stato fondamentale, in forte sinergia con le Istituzioni.

Proprio a causa dell'emergenza Covid-19, un'azione organizzata da Regione Toscana – Settore Qualità dei servizi e reti cliniche e ANCI Toscana¹¹ sul potenziamento della partecipazione all'interno delle Zone distretto è potuta partire soltanto nell'autunno del 2020, per la necessità di riorientare il progetto i "Cantieri della salute", pensato inizialmente per essere implementato attraverso incontri in presenza, secondo modalità in grado di garantire il rispetto delle misure di contenimento del virus Sars-CoV-2.

Il progetto mira a implementare la partecipazione delle comunità locali all'elaborazione e miglioramento delle politiche della salute, rafforzando il protagonismo e le competenze dei Comitati di partecipazione zonali.

Cantieri della salute rappresenta un percorso partecipativo triennale, attivo fino a fine 2022, che farà tappa in 15 Zone distretto toscane (5 per ogni annualità), con l'obiettivo di potenziare il sistema regionale di partecipazione in sanità convogliando le idee, le competenze e le risorse di Istituzioni, cittadini, operatori ed enti del Terzo settore.

Per ogni territorio coinvolto, sono previste 6 fondamentali fasi di lavoro:

¹¹ Di cui all'Accordo di Collaborazione contenuto nella DGR 1663/2019.

1. *Analisi del contesto* – I partecipanti collaborano alla definizione dei fabbisogni formativi e informativi del Comitato, condividono le priorità di intervento a livello locale ed individuano gli ulteriori attori e risorse del territorio da coinvolgere nelle fasi successive.
2. *Capacitazione dei Comitati* – I membri dei Comitati di partecipazione di tutti i territori coinvolti partecipano a un percorso formativo comune che avrà l'obiettivo di trasferire tutte le competenze necessarie a coinvolgere ed attivare la comunità locale in ottica collaborativa nella cornice delle politiche sociosanitarie zonali.
3. *Formazione degli Attivatori di comunità* – Per ogni territorio vengono individuati cittadini disponibili a supportare i Comitati di partecipazione nelle fasi successive del percorso e a fare da ponte tra questi e le comunità territoriali. Gli *Attivatori di comunità* vengono formati su temi come l'ascolto attivo, la facilitazione e il *community engagement* nell'ambito di un percorso formativo dedicato.
4. *Progettazione di un intervento* – Dopo aver individuato l'ambito prioritario su cui intervenire, il Comitato coinvolge altri soggetti attivi nel territorio. Il gruppo di lavoro allargato inizia a dare forma a un nuovo servizio/intervento che insiste in ambito sociosanitario.
5. *Test* – Partecipanti e Attivatori di comunità sperimentano con i cittadini l'usabilità e l'efficacia del servizio progettato, con lo scopo di aumentare la capacità del Comitato di lavorare in rete e rispondere alle esigenze del territorio.
6. *Messa a sistema dell'esperienza* – I partecipanti di tutti i territori coinvolti condividono le esperienze e i risultati raggiunti nelle fasi di progettazione e di test del servizio, allo scopo di realizzare un modello ed un piano d'azione comune per favorire la partecipazione della comunità nelle scelte che riguardano la salute dei cittadini.

Lo sviluppo delle azioni progettuali avviene, sotto il coordinamento di Regione Toscana e Federsanità ANCI Toscana, attraverso il partner tecnico specializzato in partecipazione sociale e soluzioni collaborative Sociolab Impresa sociale. L'intero percorso viene poi svolto in partenariato con due laboratori dell'Università di Firenze: ARCO, che si occupa del monitoraggio e valutazione del progetto, e il Center for Generative Communication, la cui azione è orientata alla realizzazione di un progetto di ricerca e intervento basato sul paradigma della Comunicazione generativa, che mira a rilevare i bisogni di comunicazione nei confronti dei cittadini che i membri dei Comitati di partecipazione sperimentano. Una sorta di *spin-off* del progetto, "Le Parole della salute", è poi orientato a favorire una maggiore conoscenza del linguaggio tecnico in ambito sociosanitario, attraverso la collaborazione dell'Accademia della Crusca.

La prima annualità di progetto ha visto il coinvolgimento di cinque Zone distretto: Lunigiana, Alta Val di Cecina – Valdera, Fiorentina Nord Ovest, Amiata senese e Val d'Orcia - Valdichiana senese, Valdichiana aretina. In ogni territorio è stata condotta, con la Direzione di Zona/SDS, il Comitato di partecipazione e la Consulta del Terzo settore un'analisi preventiva dei bisogni del territorio, andando a individuare un tema di coprogettazione, aperta attraverso

una manifestazione di interesse anche ad altri soggetti territoriali (associativi, cittadini, privati) interessati ad individuare soluzioni innovative e sinergiche con il contributo delle componenti locali, in un'ottica di attivazione del welfare comunitario. Ulteriore innesto in termini di idee e competenze è quello dato dagli Attivatori di comunità, figure volontarie individuate all'interno di una Manifestazione di interesse regionale, formate attraverso uno specifico percorso formativo sui temi della collaborazione e coinvolte nei percorsi territoriali di progettazione e sperimentazione dei servizi. Alla prima edizione della Manifestazione di interesse per attivatori hanno partecipato 106 persone tra donne, uomini, giovani e meno giovani, di diversa estrazione sociale e professionale, tutti accomunati dalla volontà di mettere a disposizione il proprio tempo e le proprie competenze per il benessere della comunità. In prospettiva, tali figure vogliono rappresentare una sorta di 'eredità' che il progetto Cantieri della salute vorrebbe lasciare sui territori, una infrastruttura partecipativa e collaborativa costituita da capitale umano formato e sensibilizzato rispetto alle politiche di welfare.

A causa delle misure di limitazione del contagio, come anticipato, le azioni del progetto hanno dovuto riorientarsi tenendo conto dei vincoli imposti dalla normativa, oltre che dal buon senso. Molti di quelli che, in una fase iniziale, potevano essere percepite come delle barriere – *in primis*, gli incontri tenuti in modalità videoconferenza – durante il percorso hanno poi assunto un'altra valenza, consentendo per paradosso una maggiore partecipazione per molte persone impossibilitate a spostarsi per impegni lavorativi, familiari e di cura dei propri cari. Tutti gli incontri di analisi del territorio, di capacitazione e formazione dei Comitati e degli Attivatori, di coprogettazione, si sono tenuti in modalità remota, con una partecipazione quantitativa e, soprattutto qualitativa, di grande livello. Le prime attività di sperimentazione delle attività progettate nelle cinque Zone si terranno a partire dall'autunno del 2021 e, per tale fase, è tuttavia volontà di tutti i soggetti coinvolti recuperare anche la dimensione fisica dell'incontrarsi, discutere e collaborare. Dimensione, al di là dei risultati molto positivi conseguiti nel primo anno di progetto, non pienamente sostituibile dai pur utilissimi strumenti di videoconferenza, di cui sarà bene continuare a sfruttare le grandi possibilità e potenzialità anche una volta superata questa fase emergenziale.

Cosa sta producendo sui territori Cantieri della salute? Ovvero, quali sono i temi su cui i diversi soggetti del territorio, istituzionali e civici, hanno deciso di discutere per individuare e lavorare insieme a nuove soluzioni? Di seguito, la rassegna tematica delle prime cinque sperimentazioni territoriali.

Lunigiana

Il trasporto sociale è stato fin da subito un tema centrale nella riflessione condotta nel territorio, sia per un forte interesse da parte della SDS, che vorrebbe aumentare l'efficacia del servizio che propone al territorio, sia per la grande rilevanza che i membri del Comitato di partecipazione hanno riconosciuto al problema della dispersione dei centri abitati nel territorio, che spesso causa non solo difficoltà negli spostamenti, ma anche situazioni di solitudine ed isolamento sociale, soprattutto nei giovanissimi e nelle persone più anziane. All'interno degli incontri

di coprogettazione è altresì emersa una interessante proposta di sperimentazione che riguarda la “Portineria di borgo”, un luogo fisico facilmente accessibile anche da persone a mobilità ridotta, in cui i cittadini possono incontrarsi, incontrare persone formate all’ascolto attivo con cui condividere un problema e avanzare una richiesta relativamente all’approvvigionamento di un prodotto o alla fruizione di un servizio. Obiettivo della Portineria sarà quindi quello di ricostruire legami comunitari e un senso di solidarietà e mutualismo tra le persone, far emergere e raccogliere i bisogni delle persone residenti – in modo particolare di quelle più a rischio di isolamento – e di attivare residenti e realtà del territorio nella costruzione di risposte concrete ai bisogni manifestati, in modo particolare sotto forma di prodotti e servizi pensati per favorire la socialità e la fruizione di contenuti culturali.

Alta Val di Cecina – Valdera

Punto di partenza per la progettazione partecipata è stato il riconoscere al territorio la presenza di una rilevante offerta di servizi, proposti sia da soggetti pubblici che da realtà private – di natura commerciale e non – testimoniata anche dal significativo interesse che le realtà del territorio hanno dimostrato verso questa iniziativa rispondendo numerose alla Manifestazione d’interesse pubblicata dalla SDS. Nonostante questa diffusa presenza di servizi e attività, sia i membri del Comitato di partecipazione prima, che i partecipanti al gruppo di progettazione poi, mettono in evidenza come molte persone non conoscano quali siano i servizi a loro disposizione, facendo così fatica ad individuare quelli più adatti alle proprie esigenze.

Il gruppo di progettazione ha quindi identificato due elementi necessari per potenziare l’accesso ai servizi tramite le organizzazioni del territorio: 1) la raccolta di tutte le informazioni in un unico contenitore facilmente accessibile e consultabile; 2) un processo condiviso per la gestione degli utenti e dei loro bisogni in una prospettiva di rete. Sulla base di questi elementi verranno quindi sviluppati 2 prototipi:

1. *un database e una app per trovare i servizi sociosanitari*
uno strumento totalmente a disposizione degli operatori delle realtà del territorio che potranno in autonomia sia caricare le informazioni relativamente ai servizi offerti dalla propria realtà, sia trovare, tra i servizi erogati da altre realtà, quelli che rispondono meglio ai bisogni degli utenti, grazie ad una funzione di ricerca appositamente progettata;
2. *una procedura di frontend per gestire l’incontro dell’operatore con l’utente*
competenze a disposizione degli operatori per comprendere e svolgere in maniera più efficace il ruolo di punti di accesso all’offerta integrata del territorio. Per farlo, gli operatori dovranno rafforzare la propria capacità di accogliere e comprendere i bisogni degli utenti, formularli in modo adeguato, effettuare una ricerca e metterli in contatto con i servizi giusti.

Fiorentina Nord Ovest

Il territorio della Zona distretto Fiorentina Nord Ovest si caratterizza per un Terzo settore molto consistente e dinamico che annovera anche la presenza di organizzazioni di dimensioni e capacità operativa significativa.

Questo dato è confermato anche dalle numerose iniziative di supporto alla comunità locale che sono nate durante il lockdown dei primi mesi della pandemia da Covid-19 e che ha visto protagonista, al fianco di queste realtà già affermate a livello locale, anche iniziative spontanee promosse da cittadini, imprese ed attività commerciali sull'onda della solidarietà e del supporto mutualistico.

Molte di queste iniziative erano pensate per dare supporto a persone vulnerabili che, in molti casi, hanno sofferto in modo particolare i mesi di limitazioni e isolamento domestico. Tra queste è sicuramente possibile annoverare le persone con disabilità e le loro famiglie, che hanno visto aggravarsi ancora di più situazioni già particolarmente difficili, non solo da un punto di vista sanitario, ma anche per quanto riguarda gli aspetti della socializzazione e i diritti generati dall'essere parte della comunità locale.

Anche prima delle limitazioni imposte dalle misure di contenimento del contagio da SARS-CoV-2, uscire di casa per incontrare conoscenti, frequentare luoghi pubblici o accedere a contenuti culturali, sono sempre state attività difficili per chi ha una disabilità, sia perché realizzarle richiede spesso il supporto di una o più persone, sia perché i luoghi aperti al pubblico e i servizi non sono quasi mai progettati tenendo conto delle esigenze diverse e peculiari delle persone con disabilità. Se, per quanto riguarda il primo aspetto, i familiari/*caregiver* possono contare in questo territorio sull'aiuto delle tante realtà professionali e di volontariato del Terzo settore, che rappresentano un'importante rete a supporto di persone con disabilità e loro famiglie, per quanto riguarda l'accessibilità del territorio, e soprattutto la fruibilità dei servizi da parte di chi ha una disabilità, sono molti i passi ancora da compiere. Per realizzarli sarà necessario non solo il coinvolgimento delle istituzioni locali e del mondo produttivo, ma anche dell'intera comunità locale.

Amiata senese e Val d'Orcia – Valdichiana senese

L'analisi del contesto realizzata con il Comitato di partecipazione ha fatto emergere due bisogni fondamentali: la necessità di sostenere capillarmente la campagna di vaccinazione anti-SARS-CoV-2 e la necessità di attivare e coinvolgere la popolazione giovanile. In altre parole, è emerso come obiettivo generale la necessità di disegnare le proposte per costruire una campagna informativa sulla vaccinazione anti-SARS-CoV-2 condivisa dal territorio che risponda ai reali bisogni della popolazione, sia come messaggi sia come strategie di diffusione dell'informazione.

A questo scopo è stato commissionato uno studio alla dott.ssa Maria Cristina Manca, antropologa sanitaria, per conoscere il contesto rispetto all'impatto della vaccinazione anti-SARS-CoV-2. L'analisi ha fatto emergere come il contesto informativo sia in continuo cambiamento e la posizione delle persone – e i relativi dubbi e perplessità rispetto alla scelta vaccinale – cambi di pari passo, ma ha anche mostrato come la variabile che più fortemente discrimina rispetto all'orientamento verso la vaccinazione e rispetto ai dubbi e alle paure sia quella anagrafica. A seconda dell'età è diversa la fiducia e la disponibilità a vaccinarsi, ma sono molto diverse le motivazioni e le preoccupazioni, così come sono diversissime

le fonti informative. Infine, l'analisi del contesto ha messo in evidenza come le persone non riescano a fidarsi delle informazioni, ma possono fidarsi delle persone se queste sono accessibili, conosciute, autorevoli, esperte. La campagna di comunicazione e informazione sulla vaccinazione progettata ha l'obiettivo di ricostruire una "filiera locale dell'informazione" che provi a dare risposte a bisogni informativi reali dei cittadini con informazioni qualificate e veicolate in modo efficace. Per offrire a SDS e AUSL il polso costante dei fabbisogni informativi della popolazione verrà realizzato un sistema sperimentale di raccolta di bisogni informativi, attraverso uno strumento digitale di rilevazione (app) pensato per essere utilizzato da figure appositamente individuate e formate per svolgere il ruolo di "antenne del territorio". Per dare informazioni affidabili e coerenti con i bisogni informativi del pubblico di riferimento, saranno coinvolti direttamente dalla SDS esperti locali e regionali a cui sarà sottoposto il quadro settimanale delle questioni a cui dare risposta, attraverso un broadcast multicanale.

Valdichiana senese

Il territorio ha individuato come ambito di coprogettazione un percorso di attivazione e invecchiamento attivo della popolazione ultrasessantacinquenne. Da questo punto di vista, è stata evidenziata l'importanza di non intaccare la "routine sana" dell'anziano (occasioni di socializzazione come fare la spesa o pranzare in famiglia). Secondo i partecipanti, prioritario per favorire un invecchiamento attivo di qualità è anche non costruire un'offerta di attività meramente ludico-ricreative da proporre alla persona anziana per "tenerla impegnata", ma favorire l'instaurarsi di relazioni di mutuo aiuto che vedano gli anziani parte attiva di una relazione di sostegno – costruendo così occasioni perché l'anziano possa davvero sentirsi utile e trovare un suo posto nella comunità, dando un senso pieno alla sua giornata. Un ruolo facilitante in questo compito è stato riconosciuto agli anziani già attivi di fascia d'età 65-80 anni – in particolare quelli già inseriti in contesti associativi – e ai numerosi Istituti comprensivi che hanno preso parte al gruppo di progettazione, e che potrebbero promuovere il coinvolgimento dei giovani in queste attività. Molte le iniziative proposte per la sperimentazione, e molti gli attori identificati come alleati: le Amministrazioni comunali della Zona distretto, gli Istituti comprensivi, l'Università dell'età libera, la Conferenza zonale dell'educazione e le associazioni culturali del territorio.

La comunicazione sociosanitaria del rischio

M. Tanzini, G. Toccafondi, F. Ranzani, E. Beleffi, G. Dagliana, E. Flore (Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente)

Comunicazione per i cittadini

Il Centro gestione rischio clinico ha collaborato fin dall'inizio della pandemia con i settori regionali competenti per la promozione dell'immagine del Servizio sanitario regionale e della comunicazione della Presidenza della Regione Toscana per la progettazione, realizzazione e diffusione di azioni di comunicazione mirate alla prevenzione dei rischi per la salute derivanti dal SARS-CoV-2.

Il Centro GRC ritiene la comunicazione una delle attività prioritarie per la diffusione della cultura della sicurezza e la prevenzione del rischio. È impegnato, infatti, nel sostenere una comunicazione aperta della segnalazione degli eventi avversi e di apprendimento a seguito delle loro analisi, in campagne di comunicazione rivolte a cittadini e operatori sanitari per stimolare comportamenti di prevenzione dei rischi. Incoraggia il ruolo strategico della comunicazione attraverso il coordinamento del *WHO Collaborating Centre in Human Factors and Communication for the Delivery of Safe and Quality Care*.

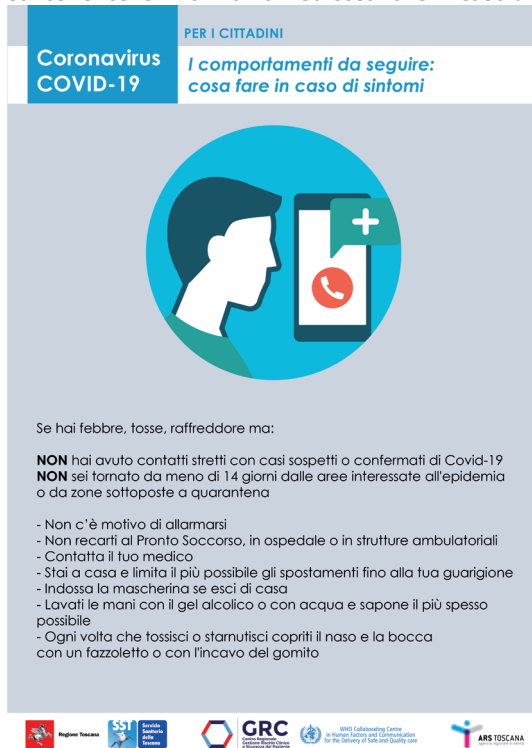
Le iniziative di comunicazione durante l'emergenza Covid-19 sono state in tre ambiti:

1. per l'organizzazione sanitaria e per gli operatori sanitari (vedi paragrafo successivo);
2. per la cittadinanza e i pazienti per i quali sono stati tradotti e adattati i materiali di comunicazione dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS);
3. per le indicazioni nazionali e regionali per la prevenzione della diffusione dell'infezione da SARS-CoV-2.

La campagna di comunicazione coordinata della Regione Toscana ha adottato un'iconografia efficace e facile da comprendere, mirata a trasmettere messaggi semplici e chiari, caratterizzati da trasparenza, responsabilità, partecipazione dei cittadini e delle comunità. I materiali prodotti sono stati progettati con l'obiettivo di sostenere una corretta informazione pubblica e educazione sanitaria, cercando di contrastare forme di disinformazione che hanno accompagnato e tuttora accompagnano la pandemia da Covid-19.

I messaggi per i cittadini sono stati dedicati ai comportamenti da seguire: il lavaggio delle mani, l'uso della mascherina, il distanziamento di sicurezza, cosa fare in caso di sintomi. Sono stati inoltre prodotti dei poster dedicati alle persone in isolamento domiciliare e ai familiari dedicati alla loro assistenza, con specifici focus informativi sui comportamenti sociali da tenere, i comportamenti durante l'assistenza a casa, la pulizia degli ambienti e degli effetti personali.

Figura 21.1. Poster contenente le informazioni su cosa fare in caso di sintomi



Durante il 2020 le azioni di comunicazione sono state lanciate e poi rafforzate in più tempi: all'inizio e in occasione della Giornata mondiale per il lavaggio delle mani il messaggio chiave è stato "Non abbassare la guardia, lavati le mani. Mantieni la distanza di sicurezza di 1,8 mt e usa la mascherina"; durante l'estate il messaggio è stato rilanciato con lo slogan "Riparti sicuro" sempre ricordando l'importanza delle 3 azioni – 2 lavarsi le mani, indossare la mascherina, mantenere il distanziamento; in autunno per rinnovare l'invito a non cedere a comportamenti scorretti e responsabilizzare i cittadini ad un'azione comune, è stata promossa la campagna "La salute di tutti sei tu".

I materiali di comunicazione sono stati tradotti in più di venti lingue, così da poter includere tutte le comunità tra i destinatari dei messaggi. Per la diffusione dei materiali sono stati utilizzati i siti istituzionali e delle aziende sanitarie, i social media, le reti delle comunità professionali e informali, i mezzi pubblici, la rete dei comuni toscani, i supermercati.

Tutti i materiali della campagna sono disponibili sul sito della Regione Toscana: <https://www.regione.toscana.it/-/coronavirus>.

Per quelli specifici rivolti alla cittadinanza fare riferimento al paragrafo "Raccomandazioni per tutti i cittadini" oltre che "Tre buone regole per la salute tua e di tutti".

Figura 21.2 Poster contenente le informazioni sui comportamenti da seguire in presenza di altre persone

Coronavirus COVID-19
PER I CITTADINI

**I comportamenti da seguire:
quando sei in presenza di altre persone**

MANTIENI SEMPRE LA DISTANZA SOCIALE DI SICUREZZA

USA LA MASCHERINA:

- in presenza di più persone in spazi aperti e chiusi
- nei mezzi che garantiscono il trasporto pubblico, i taxi e il noleggio con conducente

Ricorda che l'uso della mascherina aiuta a limitare la diffusione del virus ma deve essere adottata in aggiunta al lavaggio delle mani e alle misure di igiene respiratoria




È importante indossare e smaltire la mascherina in modo corretto, **altrimenti può costituire una fonte di infezione**

Come si indossa

- Prima di toccare la mascherina, lavati le mani con acqua e sapone o con il gel alcolico
- Indossa la mascherina prendendola dalle estremità laterali
- Copri naso e bocca con la mascherina distendendola bene in modo che aderisca al volto
- Evita di toccare la mascherina mentre la indossi, se la tocchi, lavati le mani

Come si toglie

- Togli la mascherina prendendola dalle estremità laterali e portandola in avanti
- Non toccare la parte anteriore della mascherina
- Lavati le mani con acqua e sapone oppure usa il gel alcolico subito dopo







Comunicazione per gli operatori Ospedale

Fin dal principio della pandemia il Centro ha ritenuto la comunicazione con gli operatori ospedalieri il centro nevralgico della diffusione delle pratiche per la sicurezza utili alla riduzione dei contagi.

La progettazione e l'aggiornamento di strumenti di supporto all'informazione e alla formazione è avvenuta in stretto contatto con i settori regionali e la rete del rischio clinico aziendale, ciò ha permesso di creare strumenti di lavoro puntuali, vicini alle esigenze degli operatori anche grazie all'utilizzo di metodologie di analisi e progettazione che facessero sempre riferimento ai principi dell'ergonomia e del fattore umano. Si è reso necessario creare prodotti che, oltre a quelli legati alla comunicazione di tipo generale, fossero di supporto alle attività, dando origine a procedure illustrate (es. vedi poster vestizione/svestizione) e algoritmi di lavoro (es. vedi schede corretto utilizzo DPI).

Figura 21.3. Poster per il corretto uso dei guanti nelle aree covid



Territorio

Nel corso della seconda fase pandemica, il Centro GRC è stato chiamato a lavorare alla definizione di indicazioni per la corretta esecuzione dei test antigenici rapidi in *setting* ambulatoriali o al domicilio con i Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, medici della continuità assistenziale, medici USCA.

È stato messo a punto un documento che individua i requisiti minimi per l'esecuzione in sicurezza di test antigenici rapidi in paziente asintomatici presso ambulatori, a domicilio o in altro *setting* dedicato. Il documento individua le misure necessarie per garantire la sicurezza di pazienti e operatori in tutte le fasi del processo, dal triage all'esecuzione del tampone, richiamando le indicazioni e le linee guida regionali rispetto a norme igienicosanitarie, uso di DPI, sanificazione degli ambienti e smaltimento dei dispositivi.

RSA

Fin dall'esordio della pandemia il Centro GRC ha collaborato attivamente con ARS Toscana, l'Assessorato e il settore regionale Politiche per l'integrazione sociosanitaria per progettare e diffondere strumenti di comunicazione e formazione a supporto della promozione di

comportamenti sicuri nelle RSA. La promozione della sicurezza delle cure all'interno delle RSA è una sfida che la Regione Toscana ha accolto già da alcuni anni promuovendo la messa a punto di pratiche per la sicurezza e azioni specifiche per questo particolare contesto, quali la prevenzione delle cadute, la prevenzione e gestione della contenzione, l'igiene delle mani, la sicurezza di terapia e la gestione del rischio nutrizionale, tutte mirate alla diffusione di una cultura nuova della qualità e sicurezza. Durante la pandemia Covid-19 la promozione di comportamenti sicuri nelle RSA e di azioni per la prevenzione dei rischi è diventata una priorità assoluta per la Regione Toscana.

Tenendo conto delle numerose e frequenti indicazioni nazionali e delle ordinanze della Regione Toscana durante la pandemia, sono stati prodotti i seguenti strumenti:

1. una guida in cui sono riorganizzate le indicazioni di sicurezza per operatori, ospiti e visitatori nelle RSA, con un percorso strutturato su scenari di vita quotidiana dall'accesso, alla permanenza, all'uscita dalle strutture https://www.regione.toscana.it/documents/10180/24263283/COVID-19-30112020_RSA.pdf/7115aa53-7f2e-07f0-cf24-40797b8a3771?t=1606807173141;
2. una check list di autovalutazione e monitoraggio dei livelli di qualità e sicurezza delle strutture durante la pandemia https://www.regione.toscana.it/documents/10180/24263283/COVID-19-30112020_checklist.pdf/addfa907-619a-ab03-4fd9-0631802b15d8?t=1606807239070;
3. una serie di strumenti di comunicazione coordinata alla campagna regionale per la prevenzione del contagio da coronavirus e per i comportamenti sicuri (poster per operatori, residenti, visitatori) <https://www.regione.toscana.it/-/coronavirus> (vedi sezione Regole per le strutture sociosanitarie RSA e RSD);
4. la scheda tecnica per la pratica di sicurezza "Promozione della relazione fra residenti e familiari e/o caregiver con la costruzione di stanze degli abbracci e/o modalità di contatto periodiche con i familiari" per la realizzazione di una stanza degli abbracci, la messa in campo di azioni per accorciare le distanze tra residenti e familiari, creare situazioni di incontro e relazione, seppur a distanza o virtualmente e promuovere, così, forme di umanizzazione delle cure che sono parte integrante della qualità e sicurezza della vita dei residenti in una RSA;
5. un corso di formazione online in forma di *webinar*, poi trasferibile in Faormazione a distanza (FAD), sulla sicurezza e la gestione del rischio sanitario in RSA, accessibile da piattaforma regionale *Formas* gratuitamente per tutti gli operatori delle RSA. Questo per promuovere una cultura della sicurezza centrata sulla comunicazione e discussione aperta degli eventi critici e sull'approccio di sistema centrato sul fattore umano (costruire organizzazioni che rendano più semplice all'operatore fare la cosa giusta e più difficile fare la cosa sbagliata);
6. un video tutorial "Sicurezza in RSA e pandemia Covid-19" realizzato con gli operatori delle strutture sociosanitarie per fornire indicazioni semplici e pratiche a tutti coloro che lavorano nelle RSA/RSD sui comportamenti di sicurezza sia in aree non-covid che nel momento delicato di vestizione e svestizione nelle aree covid. <https://youtu.be/9ViBvVzMoHU>.

Figura 21.4. Frame tratto dal video tutorial "Sicurezza in RSA e pandemia Covid-19"



La capacità di risposta della rete sicurezza durante il Covid-19

M. Tanzini, G. Toccafondi, F. Ranzani, E. Beleffi, G. Dagliana, E. Flore (Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente)

La rapidità dell'evolversi della pandemia e l'importanza degli effetti sulla salute di operatori e pazienti ha richiesto un supporto tempestivo, periodico e costante a tutta la rete del rischio clinico che fin da subito si è attivata a supporto della gestione degli eventi pandemici. A tal fine sono stati organizzati dal Centro GRC incontri virtuali settimanali con i *risk manager* per garantire una condivisione continuativa delle criticità e delle soluzioni messe in campo dalle Aziende del Servizio sanitario toscano sia pubblico sia privato accreditato.

Al fine di mantenere un aggiornamento informativo costante con la rete dei *risk manager*, il Centro GRC ha inviato con cadenza almeno settimanale una e-mail di riepilogo delle principali novità e notizie in termini di atti deliberati, circolari nazionali e regionali, oltre ai principali aggiornamenti delle istituzioni sanitarie internazionali (WHO, ECDC, CDC, riviste scientifiche).

Dare memoria all'organizzazione in epoca di pandemia

Durante il periodo della pandemia, il Centro GRC ha raccolto le segnalazioni di criticità e soluzioni implementate nelle Aziende durante gli incontri settimanali della rete del rischio clinico e grazie a continui contatti telefonici.

È stato redatto un documento condiviso nel quale si è cercato di classificarle sulla base degli aspetti organizzativi affrontati: riassetto organizzativi; comunicazione; DPI; tamponi/test sierologici; farmaci/terapia; diagnosi e trattamento; laboratori; formazione/simulazione; integrazione Pubblico – Privato; territorio/118/USCA/alberghi sanitari; gestione domiciliare; RSA; Sistema di segnalazione eventi avversi; contenzioso; comunicazioni rete *Customer Relationship Management* verso Regione/Istituzioni.

Alla fine della prima ondata della pandemia sono stati realizzati degli incontri di *debriefing* nei mesi di agosto e settembre 2020 per confrontarsi con gli operatori al fine di rilevare le principali criticità affrontate durante la prima fase dell'emergenza sanitaria e le opportunità per migliorare il sistema. Nell'AUSL Toscana Sud Est sono stati realizzati 8 incontri che hanno visto coinvolti 144 operatori distribuiti nelle varie zone territoriali.

Le criticità sono state rappresentate seguendo le dimensioni principali descritte nel modello proposto dal Ministero della Salute in collaborazione con l'ISS:

- formazione;
- DPI e sicurezza operatori;
- riorganizzazione percorsi;
- comunicazione.

Le criticità emergono dalle diverse attività svolte ai vari livelli e con i diversi interlocutori: dipartimenti clinico assistenziali che seguono Covid-19, rappresentanti delle USCA, *risk manager* e rappresentanti dell'*Infection and prevention control* ospedalieri.

Le immagini sottostanti sintetizzano gli elementi riferiti suddividendoli in tre dimensioni:

1. criticità;
2. zona grigia;
3. punti di forza.

La zona grigia rappresenta quegli ambiti nei quali è possibile individuare delle opportunità di miglioramento, ovvero i cambiamenti attuati che potrebbero essere consolidati e portati avanti anche nel futuro.

Figura 22.1. Dimensione Formazione: spunti di riflessione sulle criticità vissute, possibili opportunità di miglioramento e risposte resilienti

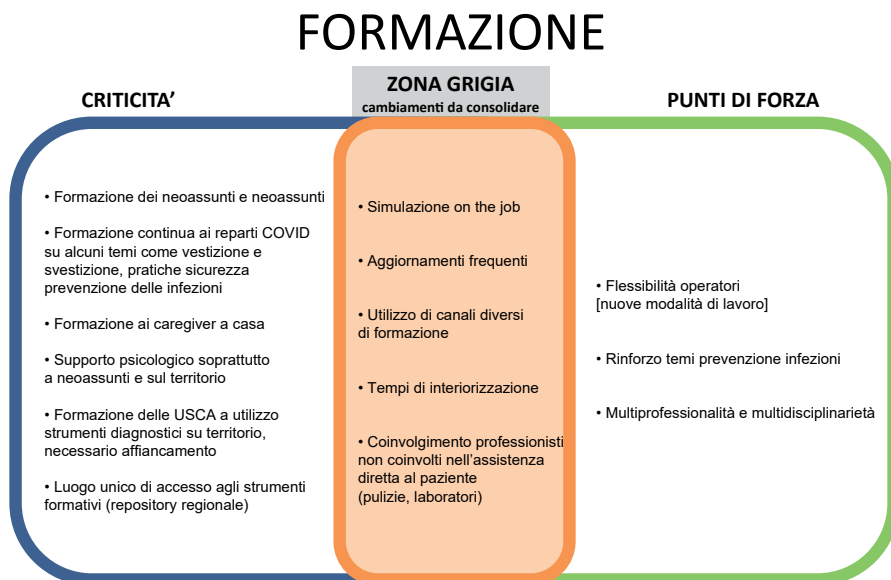


Figura 22.2. Dimensione DPI e Sicurezza operatori: spunti di riflessione sulle criticità vissute, possibili opportunità di miglioramento e risposte resilienti

DPI e SICUREZZA OPERATORI

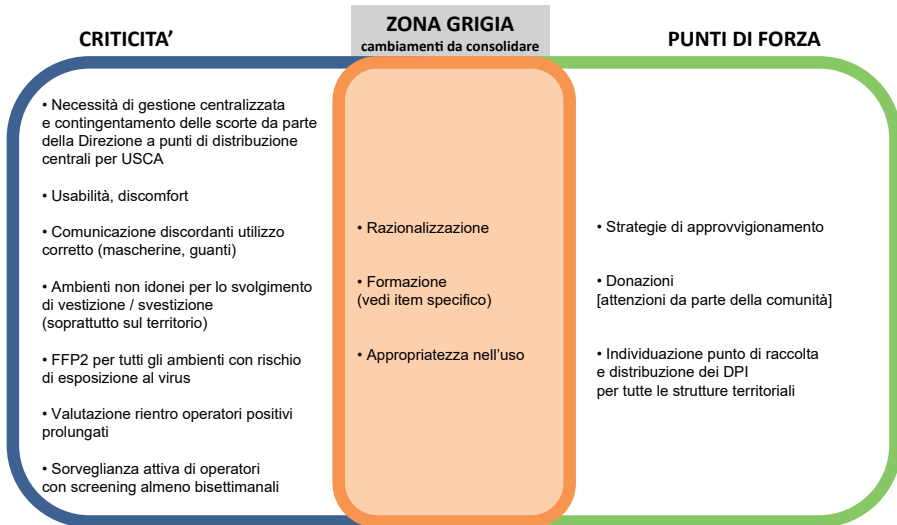


Figura 22.3. Dimensione Riorganizzazione percorsi clinico-assistenziali: spunti di riflessione sulle criticità vissute, possibili opportunità di miglioramento e risposte resilienti

RIORGANIZZAZIONE PERCORSI

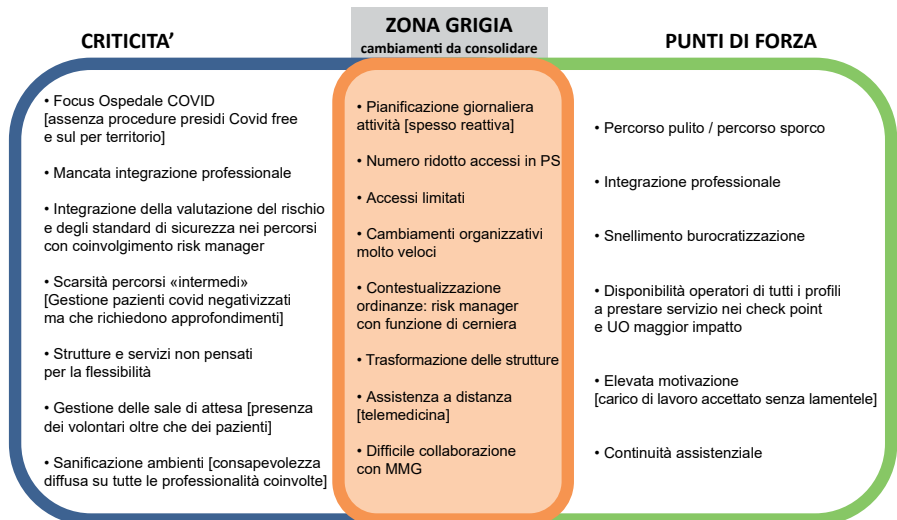


Figura 22.4. Dimensione Comunicazione: spunti di riflessione sulle criticità vissute, possibili opportunità di miglioramento e risposte resilienti



Il sistema di segnalazione e apprendimento ai tempi del Covid-19

M. Tanzini, G. Toccafondi, F. Ranzani, E. Beleffi, G. Dagliana, E. Flore (Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente)

Il Centro GRC ha realizzato un approfondimento tematico sulle segnalazioni inserite nel modulo *Incident Reporting* del Sistema integrato per la gestione del rischio clinico (Si-GRC), focalizzandosi sugli Audit e sulle Rassegne di mortalità e morbilità (*Mortality and Morbidity Review - M&M*)¹² che trattavano tematiche relative al Covid-19.

Gli Audit e gli M&M con oggetto Covid-19 sono stati individuati facendo una ricerca testuale con parole chiave «covid» e «virus» sul campo titolo e descrizione di Audit e M&M. È stato inoltre verificato l'utilizzo della tipologia di categorizzazione del tipo di incidente Covid-19 sulla tassonomia *International Classification Patient Safety* (ICPS) già implementata sull'applicativo, quest'ultima, integrata ad aprile 2020 sull'applicativo regionale.

Su 4.558 processi (con esito M&M e Audit), 1.141 avevano come oggetto Covid-19. Dopo l'analisi qualitativa, verificandone la pertinenza, gli eventi avversi con oggetti Covid-19 analizzati sono diventati 1.044 [22,90%].

La tabella seguente riporta il numero di segnalazioni con esito Audit e M&M e il sottoinsieme corrispondente con focus Covid-19, suddivisi per Azienda (1.141 complessivamente).

Tabella 23.1. Numero di segnalazioni con esito Audit ed M&M e il sottoinsieme corrispondente con focus Covid-19, per Azienda di riferimento - Toscana, anno 2020 - Fonte: Centro gestione rischio clinico

Azienda	Audit	Audit con oggetto Covid-19	M&M	M&M con oggetto Covid-19
AUSL Nord Ovest	350	94	838	256
AUSL Centro	130	33	243	50
AUSL Sud Est	400	94	909	206
AOU Careggi	46	15	160	34
AOU Pisana	85	21	514	222
AOU Senese	119	26	337	50
AOU Meyer	161	17	228	22
ISPRO	7	0	15	1
Monasterio	8	0	8	0
Totale	1.306	300	3.252	841

La prossima tabella evidenzia il numero definitivo di Audit e M&M valutati e realmente attinenti al tema Covid-19 (1.044 complessivamente), con uno scarto di 97 segnalazioni in seguito all'analisi qualitativa.

¹² La rassegna di mortalità e morbilità è un'iniziativa periodica, a cadenza almeno mensile, che si svolge a livello di struttura semplice o complessa, dove si discutono casi la cui gestione è risultata particolarmente difficile e che hanno avuto un esito inatteso di mortalità o morbilità.

Tabella 23.2. Numero definitivo di Audit ed M&M valutati e realmente attinenti il tema Covid-19 a seguito di analisi qualitativa – Toscana, anno 2020 – Fonte: Centro gestione rischio clinico

Azienda	Audit	Audit con oggetto Covid-19	M&M	M&M con oggetto Covid-19
AUSL Nord Ovest	350	78	838	241
AUSL Centro	130	31	243	48
AUSL Sud Est	400	71	909	192
AOU Careggi	46	13	160	32
AOU Pisana	85	21	514	214
AOU Senese	119	21	337	47
AOU Meyer	161	14	228	20
ISPRO	7	0	15	1
Monasterio	8	0	8	0
Totale	1.306	249	3.252	795

Le due figure che seguono esplicitano visivamente la proporzione di Audit e M&M con focus Covid-19 rispetto al totale, suddivisi per Azienda di riferimento.

Figura 23.1. Numero di Audit/Audit con focus Covid-19, per Azienda di riferimento – Toscana, anno 2020 – Fonte: Centro gestione rischio clinico

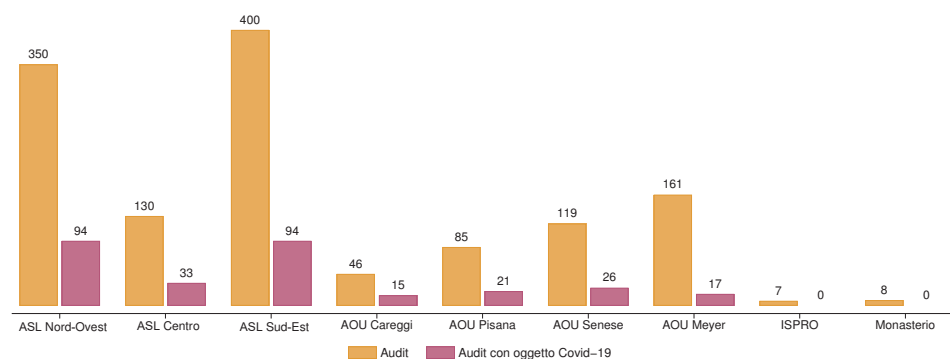
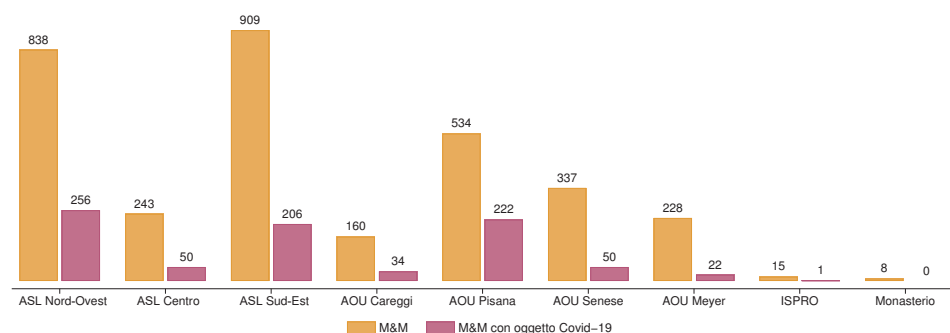


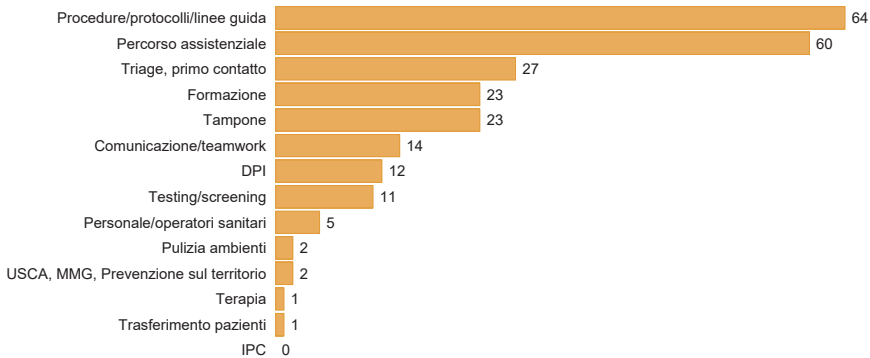
Figura 23.2. Numero di M&M/M&M con focus Covid-19, per Azienda di riferimento – Toscana, anno 2020 – Fonte: Centro gestione rischio clinico



Gli Audit e gli M&M valutati come pertinenti rispetto alle tematiche riguardanti la gestione dell'emergenza sanitaria sono stati associati alle dimensioni della *Checklist for hospitals preparing for the reception and care of coronavirus 2019 (COVID-19) patients* [ECDC, February 2020]: procedure/protocolli/linee guida; percorso assistenziale; triage/primo contatto; tampone; formazione; comunicazione/teamwork; DPI; testing/screening; personale/operatori sanitari; USCA, MMG, prevenzione sul territorio; pulizia ambienti; trasferimento pazienti; terapia; *Infection Prevention and Control* (figure a seguire).

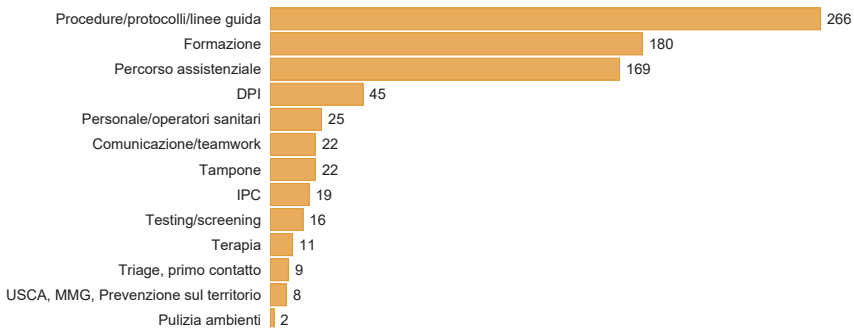
La categoria con maggior numero di riferimenti, sia negli Audit che negli M&M, è quella delle procedure/protocolli/linee guida evidenziando la necessità ed esigenza del personale sanitario di acquisire nuove modalità di comportamento per la gestione dello stato di emergenza. Altra dimensione importante, negli audit, è rappresentata dal percorso assistenziale, dal momento che tanti percorsi sono stati rivisti e adattati alle nuove esigenze.

Figura 23.3. Distribuzione Audit con focus Covid-19 nelle dimensioni Pandemic Preparedness - Toscana, anno 2020 - Fonte: Centro gestione rischio clinico



Negli M&M, la seconda voce è invece rappresentata dalla formazione, evidenziando le tante occasioni di incontro e confronto per l'applicazione delle nuove indicazioni organizzative da contestualizzare (figura seguente).

Figura 23.4. Distribuzione M&M con focus Covid-19 nelle dimensioni Pandemic Preparedness - Toscana, anno 2020 - Fonte: Centro gestione rischio clinico



SEZIONE III

La programmazione delle Zone distretto in risposta all'emergenza Covid-19

La Comunità di pratica degli Uffici di piano e la Programmazione operativa annuale

B. Trambusti, L. Puccetti (Regione Toscana), M. Betti, M. Caiolfa, S. Rodrigues (ANCI Toscana)

Introduzione

Il Piano integrato di salute (PIS) rappresenta lo strumento principale della programmazione territoriale toscana, una scelta che risale alla prima metà degli anni 2000 e che può essere riferita alle elaborazioni scaturite intorno al Piano sanitario regionale (PSR) del 2002-2004. Il PSR individuava infatti nella Zona distretto “la struttura di base del sistema sanitario regionale e dell’organizzazione aziendale” e, per la prima volta, introduceva i PIS definendoli come “la modalità di operare delle Zone distretto e, ove costituite, delle Società della salute”. Un’impostazione sistemica che ha trovato codifica all’interno della LR 40/2005, rispetto all’organizzazione del Servizio sanitario regionale (SSR), e della LR 41/2005, per quanto concerne l’ambito sociale.

Nel decennio successivo numerose sono state le modifiche e gli aggiornamenti che di fatto hanno condotto a un complessivo riordino dell’SSR ma ciò non ha ridimensionato la centralità del PIS come strumento unitario di programmazione dei Servizi territoriali sanitari e sociali. Il campo di applicazione comprende infatti le materie della sanità territoriale, del socio-sanitario, del socio-assistenziale, oltre a raccogliere le attività di contrasto alla violenza di genere e incrociare le principali attività di promozione o di educazione della salute.

Si tratta dunque di un dispositivo amministrativo complesso, che svolge diverse funzioni contemporaneamente e, allo stesso tempo, si pone l’obiettivo di sviluppare una programmazione strategica pluriennale, in un’ottica multilivello e orientata verso i determinanti di salute.

Il programma regionale per l’elaborazione dei PIS 2020-2022 prevedeva la conclusione dei lavori alla fine del mese di marzo 2021. Tuttavia, l’avvento della pandemia ha richiesto una differente calendarizzazione delle scadenze e un ripensamento delle modalità di confronto rispetto alla definizione dei Piani. Da un lato, il termine di consegna è stato prorogato al 31 maggio e dall’altro, a partire dal mese di settembre è stata creata una Comunità di pratica. In questo contesto, lo shock esogeno legato all’esperienza Covid-19 è stato interpretato come un’occasione di innovazione e di apprendimento collettivo, che ha coinvolto tutti gli operatori degli Uffici di piano delle 26 Zone distretto della Regione.

Conoscenza, apprendimento e innovazione

Lo studio dei processi innovativi è spesso legato ad un approccio evolutivo e di sistema. Tuttavia, quando spostiamo l’attenzione alla relazione tra conoscenza, apprendimento e innovazione all’interno di un approccio organizzativo, l’accento viene posto sui processi di produzione della conoscenza come pratica situata entro un preciso contesto, intra- e inter-organizzativo.

A tal proposito, Gherardi evidenzia come, concentrandosi sul ruolo degli attori, diventa possibile concettualizzare l'innovazione in termini processuali, incrementali e continui, e non con il frutto di rotture o discontinuità. In altre parole, per leggere i processi innovativi possiamo osservare come questi siano situati nelle attività e nelle pratiche quotidiane, e come questi processi non siano separabili dall'apprendere, dal lavorare e dall'organizzare. La conoscenza diventa allora un'attività collettiva, che ha luogo entro le pratiche lavorative e che viene messa in atto da una collettività di soggetti che detiene quel sapere necessario per lavorare, organizzare e innovare.

Questi presupposti hanno consentito di impiegare il concetto di Comunità di pratica per mettere a fuoco le pratiche – canoniche e non canoniche – di un gruppo di persone che, mentre lavorano insieme, utilizzano la conoscenza necessaria, la conservano, la rielaborano, la trasmettono e, mentre lo fanno, innovano. In altre parole, negli studi sull'apprendimento organizzativo, il fuoco si sposta dalla conoscenza come oggetto (*knowledge*) al processo (*knowing*), quindi ad una pratica che affonda le radici in attività collettive, sociali e contestuali alle pratiche lavorative.

Più in generale, tra i fattori che agevolano l'innovazione nelle imprese, la letteratura ha messo in evidenza come, accanto alla diffusione dei team di progetto, la proliferazione di forme di coordinamento orizzontali e di partnership esterne, un ruolo rilevante viene attribuito alla frequenza delle comunicazioni interne, alla presenza di gruppi di lavoro coesi e un basso *turnover* del personale. I processi di apprendimento sono infine radicati nelle routine che sono alla base di differenti economie di apprendimento: il *learning by doing* (apprendere facendo), produce miglioramenti del processo produttivo; il *learning by using* (apprendere usando), aumenta l'efficienza d'uso dei sistemi complessi; il *learning by interacting* (apprendere interagendo) introduce perfezionamenti e innovazioni che derivano dalle relazioni con altri soggetti.

Il questo contesto, la Pubblica amministrazione (PA) rappresenta un ambiente particolare per lo studio dell'innovazione. Così, sebbene i tipi di innovazioni possibili siano più limitati rispetto a quelli di altri contesti organizzativi, spesso infatti si tratta di processi incrementali (e non radicali), possono comunque condurre a trasformazioni organizzative che consentono di “fare le cose in maniera diversa”, migliorando processi ed esiti. A differenza di altri contesti, inoltre, la PA - non essendo soggetta a fluttuazioni di mercato - gode di una maggiore stabilità. Nonostante ciò, da un lato, le carenze in termini di personale e, dall'altro, le maggiori rigidità organizzative, rendono l'ambiente ugualmente incerto e ciò richiede, al pari di altre realtà produttive, processi continui di apprendimento.

La creazione della Comunità di pratica

In un contesto radicalmente mutato è stata quindi attivata una CdP virtuale progettata nell'ambito dell'accordo di collaborazione tra Federsanità ANCI Toscana e Regione Toscana. La nozione di CdP, introdotta nell'ambito dell'approccio etnografico allo studio dei processi di apprendimento sui luoghi di lavoro, mette in evidenza l'importanza di forme di aggregazione

basate sulla condivisione di competenze tacite. La CdP non corrisponde infatti né ai gruppi di lavoro – strutture formali – né ai gruppi amicali – strutture informali – ma rappresenta uno spazio nel quale si attivano processi di apprendimento e trasmissione del sapere pratico e della conoscenza in azione.

In tale prospettiva, sapere e apprendere sono processi di trasformazione dell'identità personale connessi al divenire membri della comunità, che facilitano la condivisione e la fertilizzazione incrociata delle idee e quindi l'innovazione.

L'apprendimento si salda così all'identità individuale e matura nel percorso che conduce a riconoscersi come membro della comunità.

Così, mentre nella prima fase l'attenzione era dedicata al legame tra processi di apprendimento e sviluppo delle identità collettive, successivamente il fuoco delle ricerche si concentra su come tali comunità potessero essere appropriatamente “coltivate” in modo da sostenere la creazione e condivisione della conoscenza.

Dal punto di vista operativo, a partire dal gennaio 2021 sono state coinvolte circa 100 persone in modo diretto e indiretto con gli Uffici di Piano.

Per “coltivare” la comunità, oltre agli incontri virtuali, è stata attivata una piattaforma informatica ad hoc, finalizzata alla raccolta delle norme e dei materiali discussi e presentati nei vari incontri e allo scambio di opinioni tra i diversi partecipanti attraverso la partecipazione a forum tematici.

Nel dettaglio, sono stati organizzati circa 20 incontri dedicati all'apertura della CdP e all'accompagnamento del POA 2021 secondo questa scansione:

- Audit di presentazione del processo di aggiornamento dei POA 2021.
- Approfondimenti tematici nelle materie socioassistenziali e sociosanitarie.
- Supporto all'aggiornamento dei POA zonali.
- Discussione del processo di aggiornamento concluso per la programmazione 2021.

La valutazione dell'esperienza della CdP

Per testare il grado di soddisfazione dei partecipanti è stata realizzata una *survey* on line. Al questionario hanno risposto 48 partecipanti e 22 Zone distretto (ZD).

In generale, il livello di soddisfazione risulta elevato. Per la maggior parte dei partecipanti i contenuti della comunità di pratica hanno rispecchiato le aspettative, sono stati utili ai fini delle attività e interessanti dal punto di vista della formazione. Anche gli interventi dei relatori coinvolti ottengono un punteggio positivo (pari a 8,25 su una scala da 0 a 10).

Una maggiore attenzione deve essere invece dedicata agli aspetti critici. Anzitutto, si osserva una partecipazione modesta sia alle attività dei forum on line – nonostante vi sia la consapevolezza dell'utilità dello strumento - sia rispetto al confronto e al dibattito successivo agli incontri. In questo caso, però, molte delle domande venivano già formulate da altri partecipanti e questo rendeva ridondate l'espressione degli stessi quesiti. Le ragioni di tali risultati possono essere imputabili a: motivazioni tecniche, come i problemi di connessione; organizzative, come la

durata degli incontri o la frequenza troppo ravvicinata degli stessi; formative, gli argomenti e/o i partecipanti sono stati talvolta troppo eterogenei e questo ha ridimensionato il confronto. Rispetto alle competenze necessarie, infine, è stata evidenziata la necessità di concentrarsi in misura maggiore sulle norme, l'analisi di bilancio, la gestione di software e piattaforme cloud e l'approfondimento di alcuni temi specifici.

Per rispondere a queste indicazioni Federsanità ANCI Toscana e Regione Toscana hanno progettato con il supporto conoscitivo dell'Istituto per la ricerca sociale un primo percorso conoscitivo – organizzato in quattro moduli - centrato sui processi di co-programmazione normati dal codice del Terzo settore e dalla recente legge regionale 65/2020. L'obiettivo generale è quello di unire l'aggiornamento basato sul dialogo tra esperienze toscane ed esperienze esterne, con il rilascio di strumenti il più possibile utili e vicini alla dimensione delle pratiche operative tipiche di un ufficio di piano zonale.

Gli output della programmazione

La CdP ha rappresentato un'innovazione organizzativa che è risultata propedeutica al raggiungimento di alcuni obiettivi. Da un lato è stato infatti possibile portare a termine i percorsi di programmazione in un contesto che non consentiva interazioni in presenza, dall'altro sono state gettate le basi per alimentare un percorso di apprendimento e innovazione. All'interno della comunità si sono scambiate opinioni, dubbi e strategie rispetto alle schede POA e, come vedremo meglio nel prossimo paragrafo, uno specifico approfondimento è stato dedicato al tema Covid. Il confronto rispetto alla gestione delle schede ha inoltre alimentato il dibattito rispetto al funzionamento e ai possibili miglioramenti della piattaforma PROWEB, dedicata alla raccolta e alla gestione dei dati sulle differenti attività.

Per quanto concerne il primo punto, il primo periodo di attività della Comunità di pratica è stato caratterizzato dal supporto attivo al processo di programmazione operativa 2021, a sua volta suddiviso in due fasi: la prima, da novembre a dicembre, dedicata all'avvio della Comunità e all'approfondimento di alcune tematiche specifiche della programmazione; la seconda dedicata all'assistenza puntuale del POA 2021.

Ciò ha consentito di portare a termine le attività di programmazione, attraverso la redazione di 3.700 schede. Di queste, 3.314 (91%) risultano schede del 2020 riproposte anche nell'annualità successiva, mentre le restanti 386 schede sono invece nuove.

Tanto per le schede riproposte quanto per quelle nuove è stato possibile inserire un collegamento con il tema Covid, evidenziando le azioni che hanno in qualche maniera subito una trasformazione e/o integrazione per far fronte alle criticità derivanti dalla pandemia.

La gestione Covid-19 nelle schede di programmazione

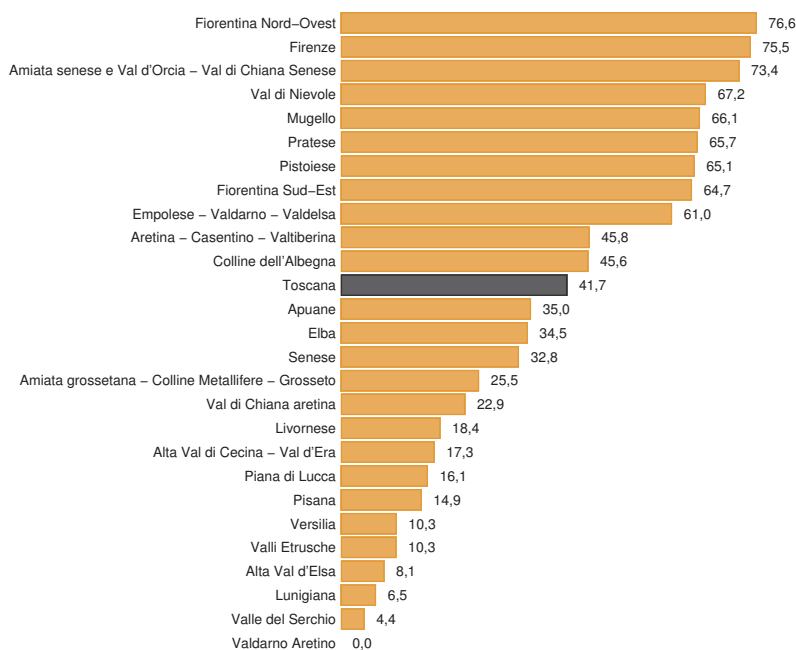
Quadro generale

La programmazione operativa annuale (POA) 2021 è stata la prima dell'epoca Covid-19. La precedente annualità, che coincideva anche con l'avvio della programmazione strategica triennale e la redazione dei Piani integrati di salute, si è conclusa proprio nel momento dello scoppio della pandemia, nel marzo 2020.

I POA 2021 sono stati redatti nel periodo tra novembre 2020 e febbraio 2021, offrono quindi una prima fotografia capillare delle attività socio-assistenziali e socio-sanitarie messe in campo dalle Zone distretto e dalle Società della salute nei diversi territori della regione.

Per tenere traccia di queste attività è stato modificato il sistema di raccolta dati PROWEB consentendo agli Uffici di Piano di contrassegnare le schede di attività correlate alla pandemia. Complessivamente, sono state contrassegnate con il flag “Covid” 1.538 schede, su un totale di 3.701, pari quindi al 41,7% del totale. La situazione è tuttavia molto variabile da zona a zona, come evidenzia il grafico seguente.

Figura 24.1. Attività del POA 2021 con impatto Covid-19, per Zona distretto – Valori percentuali sul totale delle attività – Toscana, anno 2020 – Fonte: Regione Toscana e ANCI Toscana



La zona che ha segnalato il maggior impatto sulla programmazione operativa della pandemia è la zona Fiorentina Nord Ovest, con il 76,3% delle attività, seguita dalla zona urbana di Firenze, con il 75,5% delle attività. All'estremo opposto troviamo la zona del Valdarno Aretino per la quale non è stato segnalato alcun impatto Covid-19 sulle attività¹.

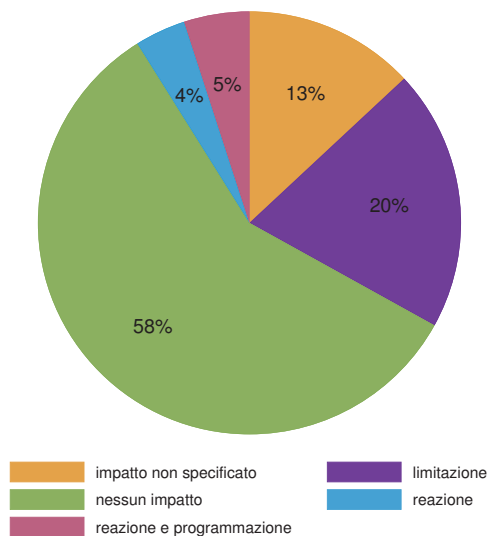
È evidente, tuttavia, che la pandemia abbia avuto un impatto notevole sull'organizzazione delle attività di tutte le zone. La lettura analitica delle schede contrassegnate ci ha consentito di individuare 5 tipologie di situazioni:

¹ È possibile che gli Uffici di Piano zionali abbiano adottato criteri differenti nel classificare le attività influenzate dalla pandemia.

1. **Nessun impatto:** attività che non hanno evidenziato nessun impatto (58%).
2. **Impatto non specificato** (Covid 0): attività che hanno segnalato un impatto, ma senza specificare di che natura² (13%).
3. **Reazione con programmazione** (Covid 1): le attività inserite in specifici programmi operativi dedicati al Covid (5%).
4. **Reazione** (Covid 2): le attività che, seppur non inserite in programmi specifici, comprendono azioni specifiche in risposta ai problemi generati dalla pandemia (4%).
5. **Limitazione** (Covid 3): le attività che hanno subito le conseguenze della pandemia e sono quindi state sospese, rimodulate o riorganizzate, per adeguamenti alla normativa anti contagio (20%).

Il grafico seguente mostra l'incidenza delle 5 tipologie.

Figura 24.2. Distribuzione delle attività POA 2021, in base all'impatto della pandemia - Valori percentuali - Toscana, anno 2020 - Fonte: Regione Toscana e ANCI Toscana



Per quanto riguarda le attività influenzate da Covid-19 (42%), circa il 9% (le tipologie Covid 1 e Covid 2) include azioni specificamente orientate a dare risposte ai nuovi bisogni emersi con la pandemia, sia nella forma di nuovi servizi e programmi, sia nell'adattamento pro-attivo di attività esistenti. La terza tipologia (Covid 3) include invece attività che hanno dovuto modificare la normale operatività per adeguarla alle restrizioni legate alla pandemia, nella forma di sospensioni, riorganizzazioni degli orari e degli spazi, limitazioni degli orari o addirittura cancellazione di progetti e servizi.

² Per il 30% di queste attività (468) non è stato possibile stabilire una categoria di appartenenza, per mancanza di sufficienti informazioni descrittive. Sono quindi state annoverate tra le attività che hanno subito l'impatto Covid, ovvero restrizioni, sospensioni, riorganizzazioni.

Le prime due tipologie evidenziano quindi una sorta di reazione dei servizi alla pandemia, mentre la terza tipologia un mero adeguamento alle restrizioni vigenti e una conseguente limitazione dei servizi pre-pandemia.

Sulla base dell'incidenza delle attività per le quali è stato segnalato un impatto Covid e dell'incidenza delle tipologie di attività che abbiamo classificato come "reazione" alla pandemia (Covid 1 e Covid 2), le zone sono state suddivise in quattro gruppi, ottenuti rapportando i valori zionali alla media regionale. Le zone sono state classificate a seconda dell'impatto che ha avuto Covid-19 sulle attività e sulla base della reazione che hanno messo in campo, individuando:

1. il gruppo delle zone che, a fronte di un impatto elevato di Covid-19 sulla programmazione, hanno sviluppato una reazione elevata (superiore alla media regionale), elaborando programmi e azioni specifiche per rispondere ai bisogni;
2. il gruppo delle zone che, a fronte di un impatto elevato di Covid-19, hanno però inserito nella programmazione una percentuale di nuove azioni specifiche inferiore alla media regionale;
3. il gruppo delle zone che, a fronte di impatto inferiore alla media regionale di Covid-19, hanno comunque elaborato una quota di azioni specifiche superiore alla media regionale;
4. il gruppo delle zone dove sia l'impatto di Covid-19, sia la reazione sono inferiori alla media regionale.

Il grafico seguente sintetizza la situazione.

Figura 24.3. Classificazione delle zone in base all'impatto di Covid-19 sulla programmazione e alla reazione messa in campo per fronteggiare i bisogni generati dalla pandemia



È importante sottolineare che il grafico non implica nessun giudizio di valore sulla strategia di programmazione delle zone. Permette tuttavia di osservare gli approcci programmatori che caratterizzano i diversi territori. Il confronto può essere anche un utile strumento per indurre una maggiore omogeneità e coerenza non solo nella programmazione, ma anche nei criteri di classificazione delle attività.

La programmazione operativa Covid-19

Scendendo più nel dettaglio, è interessante soffermarci sulle attività Covid inserite in strategie di programmazione integrate. Questa classificazione ci ha portato ad individuare 20 programmi operativi Covid, all'interno dei quali sono state previste 172 attività. Le zone che hanno definito una programmazione specifica Covid sono 16, pari al 61% del totale, e sono le seguenti:

- Alta Val d'Elsa
- Amiata grossetana - Colline Metallifere - Grosseto
- Amiata senese e Val d'Orcia - Val di Chiana senese
- Elba
- Empolese - Valdarno - Valdelsa
- Fiorentina Nord Ovest
- Fiorentina Sud Est
- Firenze
- Livornese
- Lunigiana
- Piana di Lucca
- Pisana
- Pratese
- Val di Nievole
- Valle del Serchio
- Versilia

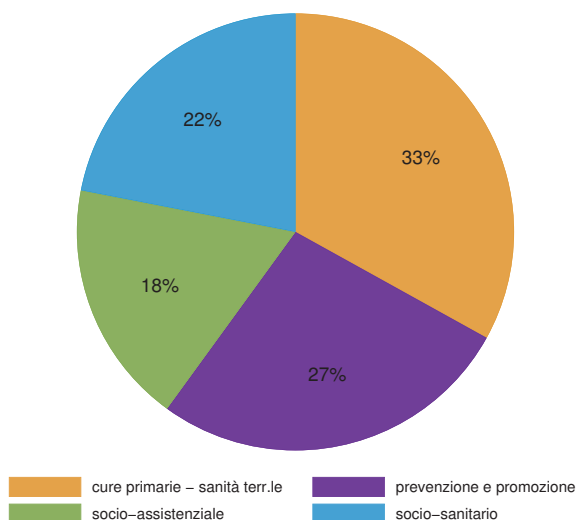
Alcune zone (Fiorentina Nord Ovest, Livornese e Lunigiana) hanno attivato più di un programma dedicato a Covid-19. La tabella seguente mostra la distribuzione dei programmi e il numero totale di attività previste.

Tabella 24.1. Programmi operativi specifici dedicati a Covid-19 nel POA 2021, per Zona distretto - Toscana, anno 2020 - Fonte: Regione Toscana e ANCI Toscana

Zona	Programma	N° attività
Alta Val d'Elsa	Programma COVID	6
Amiata grossetana - Colline Metallifere - Grosseto	Programma COVID	4
Amiata senese e Val d'Orcia - Val di Chiana senese	Programma Speciale COVID 2021	8
Elba	Programma speciale EMERGENZA SANITARIA da COVID 19	9
Empolese - Valdarno - Valdelsa	Pandemia Covid 19 - la riorganizzazione dell'offerta territoriale e gli strumenti di contrasto alla diffusione del virus	12
Fiorentina Nord Ovest	Emergenza CoVid 19 - Aggiornamento percorsi	13
	Emergenza CoVid 19 - Aggiornamento servizi	5
Fiorentina Sud Est	Programma azioni di contrasto alla pandemia covid-19	13
Firenze	Azioni correlate alla diffusione della pandemia da Covid-19	21
Livornese	Contrasto alla diffusione della pandemia da Covid-19 - Emergenza sanitaria	9
	Contrasto alla diffusione della pandemia da Covid-19 - Emergenza sociale	3
Lunigiana	Strategia per promuovere azioni di potenziamento servizi alla persona e di contrasto alle nuove povertà derivanti dalla pandemia Covid-19	1
	Strategie per mantenere e sviluppare l'assistenza durante la pandemia da covid 19	3
Piana di Lucca	Strategie per promuovere azioni di prevenzione nei confronti della pandemia da Covid 19	5
	Programma straordinario COVID 19	15
Pisana	Corretta applicazione e gestione dei protocolli sanitari, inclusi protocolli per la gestione dell'emergenza COVID-19	1
	Migliorare l'organizzazione dell'assistenza sanitaria di base sul territorio zonale e gestione vaccinazioni Covid-19	4
Pratese	EMERGENZA COVID -19	12
Val di Nievole	Gestione dell'emergenza epidemiologica Covid-19	14
Valle del Serchio	Programma straordinario COVID 2021	5
Versilia	COVID 19 - Misure di Prevenzione e di Contenimento Pandemico	9
Totale complessivo		172

Come evidenzia il grafico seguente, si tratta per lo più di programmi con un'elevata trasversalità settoriale, che includono attività afferenti a tutte gli ambiti di programmazione. Le attività, infatti, si distribuiscono in modo abbastanza equilibrato tra le quattro principali aree di programmazione, con una prevalenza dell'ambito delle cure primarie (33%), seguito dall'area Prevenzione e promozione della salute (27%), ma con una buona incidenza anche di attività socio-sanitarie (22%) e socio-assistenziali (18%).

Figura 24.4. Distribuzione della attività Covid 1 (inserite in una programmazione integrata), per area di programmazione - Valori percentuali - Toscana, anno 2020 - Fonte: Regione Toscana e ANCI Toscana



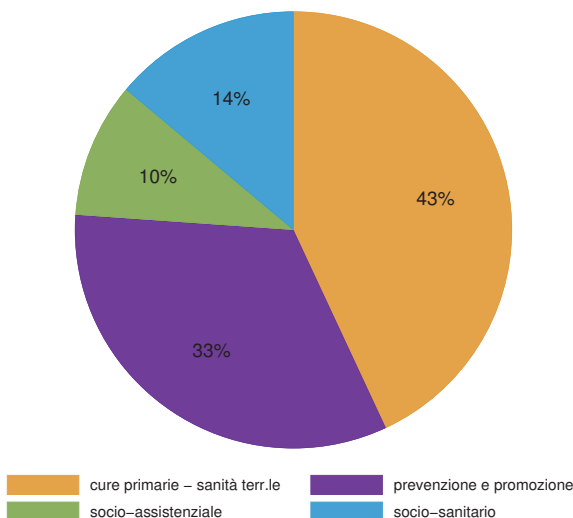
Complessivamente, per questi programmi risultano stanziati circa 20 milioni di euro di risorse aggiuntive. Si tratta ovviamente di una cifra che sottostima notevolmente le spese aggiuntive reali legate all'emergenza Covid-19. È interessante tuttavia notare che il 70% di queste risorse aggiuntive è stanziato nell'area socio-assistenziale.

Le nuove attività in risposta all'emergenza Covid-19

Le attività non inserite in programmi operativi, ma specificamente previste come risposta all'emergenza Covid-19, inserite nei POA 2021, sono complessivamente 165, vale a dire il 4% del totale.

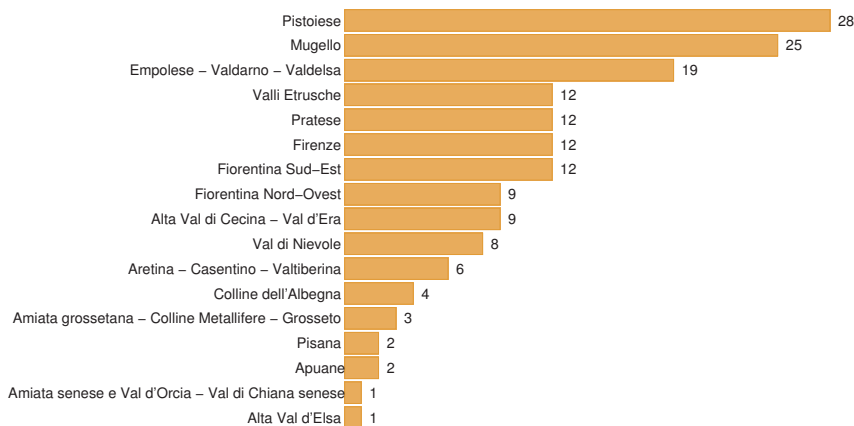
In questo gruppo rientrano principalmente tutte le attività specificamente messe in campo sul territorio per fronteggiare l'emergenza: USCA, unità di crisi, task force Covid, assistenza territoriale, ecc. Ma anche attività riprogrammate per far fronte alle conseguenze psicologiche e sociali della pandemia, come l'attivazione di servizi di assistenza a distanza presso i dipartimenti di salute mentale e gli interventi per far fronte alle situazioni di disagio e povertà. Il grafico seguente mostra la distribuzione di queste attività per area di programmazione ed evidenzia come esse si concentrino principalmente nell'area delle cure primarie e dell'assistenza territoriale (43%) e nell'area della prevenzione (33%).

Figura 24.5. Distribuzione della attività Covid 2 (specifiche per fronteggiare conseguenze Covid), per area di programmazione - Valori percentuali - Toscana, anno 2020 - Fonte: Regione Toscana e ANCI Toscana



Non tutte le zone hanno segnalato attività di questo tipo nel POA. Il grafico seguente illustra come queste si distribuiscono nelle zone che le hanno segnalate.

Figura 24.6. Distribuzione delle attività Covid 2, per Zona distretto - Numeri assoluti - Toscana, anno 2020 - Fonte: Regione Toscana e ANCI Toscana



Complessivamente, per queste attività nel 2021 risultano stanziati 162,5 milioni di euro, per la maggior parte nell'area delle cure primarie e assistenza territoriale (88%). È importante

sottolineare che queste risorse non sono integralmente dedicate all'attivazione di servizi Covid, ma vanno a finanziare il complesso delle attività all'interno delle quali sono state previste azioni specifiche per fronteggiare la pandemia.

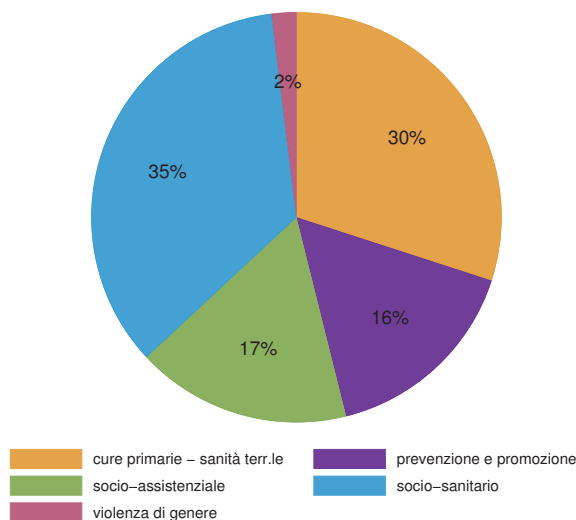
L'impatto Covid-19 sulla programmazione

La terza categoria racchiude tutte le attività contrassegnate Covid che non prevedono azioni specifiche in risposta all'emergenza sanitaria e sociale, ma segnalano semplici adeguamenti di attività e progetti esistenti alla normativa anticontagio. Gli adeguamenti possono includere misure che vanno dalla chiusura/sospensione del servizio, alla riorganizzazione degli spazi e alla rimodulazione degli orari e delle modalità di accesso al servizio. Si tratta, quindi, per lo più di depotenziamenti dei servizi causati da Covid-19.

Le attività con queste caratteristiche sono 1.206. Per 438 attività (tipo Covid 0) non è stato indicato il tipo di impatto determinato da Covid-19. Possiamo però presumere che si tratti per lo più o di sospensioni del servizio, o di limitazioni e restrizioni nell'accesso. Per 738 di queste gli uffici di piano hanno invece indicato il tipo di cambiamento introdotto in conseguenza della pandemia, anche se non sempre in modo dettagliato.

La figura seguente illustra la distribuzione di queste attività per area di programmazione.

Figura 24.7. Distribuzione della attività Covid 0 e 3 (impatto Covid limitativo delle attività), per area di programmazione - Valori percentuali - Toscana, anno 2020 - Fonte: Regione Toscana e ANCI Toscana

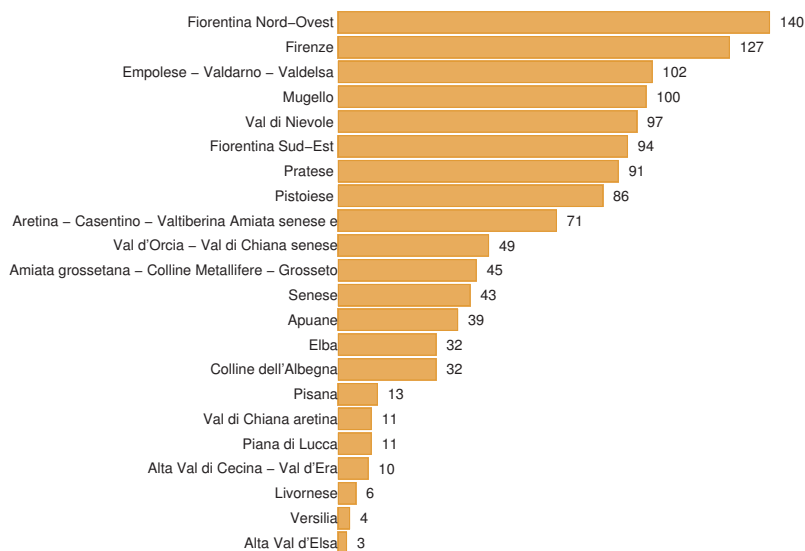


La percentuale più alta di attività che hanno subito l'impatto negativo di Covid-19 è situata nel settore socio-sanitario (35%), seguito dalle cure primarie (30%). L'incidenza sulle attività totali è però più alta per le cure primarie (41% del totale) e per l'area della prevenzione e

promozione della salute (39%). Si tratta prevalentemente di attività di assistenza domiciliare e di attività che prevedono un contatto con il pubblico.

Queste attività si distribuiscono per zona come illustrato nella figura seguente.

Figura 23.8. Distribuzione delle attività Covid 0 e 3 (impatto negativo), per Zona distretto - Valori assoluti - Toscana, anno 2020 - Fonte: Regione Toscana e ANCI Toscana



La zona in cui la programmazione 2021 riporta il maggior impatto Covid sui servizi è la zona Fiorentina Nord Ovest, dove 140 attività, pari al 64% del totale inserito nel POA, risultano rimodulate, sospese o annullate a causa di Covid-19. Segue la zona di Firenze, con 127 (60%), anche se, in percentuale, è l'Amiata senese ad avere la seconda incidenza (62%). In quattro zone (Lunigiana, Valdarno Aretino, Valle del Serchio, Valli Etrusche) la programmazione 2021 non segnala alcuna attività toccata negativamente da Covid-19.

La verifica analitica delle attività con queste caratteristiche ci porta tuttavia a ritenere che non tutte le zone abbiano contrassegnato o indicato i servizi che hanno subito limitazioni o rimodulazioni a causa di Covid-19. Infatti, se confrontiamo alcune tipologie di attività, come ad esempio le ludoteche o i centri diurni, osserviamo che mentre alcune zone hanno segnalato tale impatto, sia contrassegnandole con l'etichetta "Covid" sia illustrando sommariamente nella descrizione delle attività il tipo di modifiche dovute a Covid-19, altre zone non hanno indicato alcun impatto per le stesse tipologie di attività, nonostante sia evidente che la normativa anticontagio dovesse egualmente applicarsi. Probabilmente queste differenze sono attribuibili a un'interpretazione restrittiva delle indicazioni provenienti dalla Regione per la compilazione delle schede di attività dei POA 2021.

Acronimi

- **ADI** = Assistenza domiciliare integrata
- **AFT** = Aggregazioni funzionali territoriali
- **AIFA** = Agenzia italiana del farmaco
- **AIRTUM** = Associazione italiana registri tumori
- **ANCI** = Associazione nazionale comuni italiani
- **ANPR** = Anagrafe nazionale popolazione residente
- **AUSL** = Azienda USL
- **AOU** = Azienda ospedaliero-universitaria
- **ARSD** = sindrome da distress respiratorio acuto
(*Acute Respiratory Distress Syndrome*)
- **ARPAT** = Agenzia regionale per la protezione ambientale
- **BPCO** = broncopneumopatia cronica ostruttiva
- **CAV** = Centri antiviolenza
- **CDC** = Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie
(*Centers for Disease Control and Prevention*)
- **CDP** = Comunità di pratica
- **CDM** = Consiglio dei Ministri
- **CDS** = Carta dei servizi
- **CE** = Conto economico
- **CEDAP** = Certificato di assistenza al parto
- **CESVOT** = Centro servizi volontariato Toscana
- **CERIMP** = Centro regionale infortuni e malattie professionali
- **CGS** = Comitato gestione sinistri
- **CIG** = Cassa integrazione guadagni
- **COC** = Centro operativi comunali
- **CP** = Comunità di pratica
- **CPI** = Centri per l'impiego
- **CREA Sanità** = Centro per la ricerca economica applicata in sanità
- **CRVS** = Comitato regionale valutazione sinistri
- **CV** = coperture vaccinali
- **DAD** = didattica a distanza
- **DGA** = disturbo da gioco d'azzardo
- **DGR** = delibera di Giunta regionale
- **DH** = *Day Hospital*
- **DM** = decreto ministeriale

- **DPI** = dispositivi di protezione individuale
- **DRG** = *Diagnosis Related Groups*
- **DSM** = Dipartimenti di Salute mentale
- **EEG** = elettroencefalogramma
- **EM** = Equipe multiprofessionali
- **EMA** = Agenzia europea per i medicinali
- **EMG** = elettromiografia
- **ERP** = Edilizia residenziale pubblica
- **ESPAD** = *European School Survey Project on Alcohol and other Drugs*
- **FIGC** = Federazione italiana giuoco calcio
- **FIN** = Federazione italiana nuoto
- **FIP** = Federazione italiana pallacanestro
- **FIPAV** = Federazione italiana pallavolo
- **FSC** = Fondo per lo sviluppo e la coesione
- **FSE** = Fondo sociale europeo
- **GISCoR** = Gruppo italiano per lo screening colorettaie
- **GISMa** = Gruppo italiano per lo screening mammografico
- **GRC** = Gestione rischio clinico e sicurezza del paziente
- **HPV** = *Human Papilloma Virus*
- **IFC-CNR** = Istituto di fisiologia clinica - Consiglio nazionale delle ricerche
- **ID** = incidenti domestici
- **IMA** = infarto del miocardio
- **INAIL** = Istituto nazionale assicurazione infortuni sul lavoro
- **INPS** = Istituto nazionale di previdenza sociale
- **IRPEF** = Imposta sul reddito delle persone fisiche
- **IRPET** = Istituto regionale per la programmazione economica della Toscana
- **IRS** = Istituto per la ricerca sociale
- **IS** = incidenti stradali
- **ISEE** = Indicatore della situazione economica equivalente
- **ISPRA** = Istituto superiore per la protezione e la ricerca ambientale
- **ISPRO** = Istituto regionale per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica
- **ISS** = Istituto superiore di sanità
- **IST** = infezione sessualmente trasmessa
- **ISTAT** = Istituto nazionale di statistica
- **IVG** = interruzioni volontarie di gravidanza
- **LEA** = Livelli essenziali di assistenza
- **L** = legge
- **LR** = legge regionale
- **MBI** = malattie batteriche invasive

- **MMG** = medici di medicina generale
- **MSM** = omosessuali (*Men who have sex with men*)
- **NASPI** = Nuova assicurazione sociale per l'impiego
- **NEET** = *Not in Education, Employment or Training*
- **NIPT** = Test prenatale non invasivo (*Non-Invasive Prenatal Testing*)
- **ONS** = Osservatorio nazionale screening
- **OR** = *odds ratio*
- **PAP** = Progetto personalizzato assistenziale
- **PDTA** = Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali
- **PET** = Tomografia a emissione di positroni (*Positron Emission Tomography*)
- **PID** = malattia infiammatoria pelvica (*Pelvic Inflammatory Disease*)
- **PINQuA** = Programma innovativo nazionale per la qualità dell'abitare
- **PIPI** = Programma di intervento per la prevenzione dell'istituzionalizzazione
- **PIS** = Piano integrato di salute
- **PISSR** = Piano sanitario e sociale integrato regionale
- **PLS** = pediatri di libera scelta
- **PLWHIV** = Persone che vivono con l'HIV (*People living with HIV*)
- **PMA** = procreazione medicalmente assistita
- **PNC** = Piano nazionale della cronicità
- **PNE** = Piano nazionale esiti
- **PNGLA** = Piano nazionale di gestione delle liste di attesa
- **POA** = Programmazione operativa annuale
- **PON** = Programma operativo nazionale
- **POR** = Programma operativo regionale
- **PREMs** = *Patient-Reported Experience Measures*
- **PRGLA** = Piano regionale di gestione delle liste di attesa
- **PROMs** = *Patient-Reported Outcome Measures*
- **PROSE** = Programma di osservazione esiti della Toscana
- **PrEP** = profilassi pre-esposizione
- **PS** = Pronto soccorso
- **PSR** = Piano sanitario regionale
- **PTCA** = angioplastica coronarica percutanea transluminale
- **RDC** = Reddito di cittadinanza
- **REI** = Reddito d'inclusione
- **RM** = risonanza magnetica
- **RMN** = risonanza magnetica nucleare
- **RMR** = Registro di mortalità regionale
- **RR** = rischi relativi
- **RSA** = Residenze sanitarie assistenziali
- **SARI** = infezione respiratoria acuta grave (*Severe Acute Respiratory Infection*)

- **Sdi** = Sanità d'iniziativa
- **SDO** = schede di dimissione ospedaliera
- **SDS** = Società della salute
- **SEIEVA** = Sistema epidemiologico integrato dell'epatite virale acuta
- **SerD** = Servizi per le dipendenze
- **SEUS** = Sistema emergenza urgenza sociale
- **SIA** = Sostegno per l'inclusione attiva
- **Si-GRC** = Sistema integrato per la gestione del rischio clinico
- **SIMES** = Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità
- **SIMI** = Sistema informativo delle malattie infettive
- **SIOS** = Sistema informativo dell'offerta e dei servizi sociali
- **SIRSS** = Sistema integrato regionale per la sicurezza stradale
- **SISM** = Sistema informativo nazionale per il monitoraggio e la tutela della Salute mentale
- **SIVG** = Sistema informativo violenza di genere
- **SSR** = Sistema sanitario regionale
- **STEMI** = infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST
(*ST-segment elevation myocardial infarction*)
- **TI** = terapia intensiva
- **UE** = Unione europea
- **USR** = Ufficio scolastico regionale
- **UISP** = Unione italiana sport per tutti
- **UNAIDS** = Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
- **UVMD** = Unità di valutazione multidimensionale per la disabilità
- **ZD** = Zone distretto