

COMUNE DI EMPOLI

CONSIGLIO COMUNALE N. 6 DEL 05/05/2022 ORE 18,00

SVOLGIMENTO in presenza e in collegamento da remoto

I° APPELLO ore 18,20.

Sono presenti n. 15 Consiglieri: Mantellassi Alessio, Fluvi Sara, Falorni Simone, Mannucci Laura, Bagnoli Athos, Ramazzotti Rossano, Giacomelli Luciano, Caporaso Roberto, Cioni Simona, Poggianti Andrea, Pavese Federico, Picchielli Andrea, Cioni Beatrice, Masi Leonarso, Anna Baldi.

Sono assenti n. 9 Consiglieri e il Sindaco: Barnini Brenda (Sindaco, , Rovai Viola, Iallorezi Roberto, Fabbrizzi Riccardo, Faraoni Andrea, D'Antuono Maria Cira, PagniChiara, Di Rosa Simona, Chiavacci Gabriele, Battini Vittorio.

Presiede Alessio Mantellassi – Assiste il Segretario Generale Dottoressa Rita Ciardelli.

CONSIGLIO COMUNALE SULLE POLITICHE SOCIALI DELL'ENTE

Parla il Presidente Mantellassi:

Buonasera a tutti, prendiamo posto. Mi raccomando l'inserimento delle tesserine di riconoscimento. Iniziamo il Consiglio di stasera. Do la parola al Segretario, Dottoressa Rita Ciardelli, per l'appello. Prego.

Parla il Segretario Generale Dottoressa Ciardelli:

(APPELLO). 15.

Parla il Presidente Mantellassi:

Sono 15 i presenti, abbiamo dunque il numero legale, possiamo dunque iniziare la seduta. Come sappiamo e come possiamo vedere dall'ordine del giorno c'è un solo punto questa sera, è una cosa, diciamo, piuttosto atipica. Il Consiglio Comunale dedicato alle politiche sociali dell'ente. Questo non è un Consiglio diciamo aperto, ma è un Consiglio normale, con la convocazione su un solo punto all'ordine del giorno. Non è nemmeno un tema affrontato all'interno delle comunicazioni, come sono, come è avvenuto in altri casi, penso a quando abbiamo affrontato il tema dell'impianto del Terrafino sulla chiusura del ciclo dei rifiuti o nel caso del teatro l'ultima volta. Cioè sono stati collocati all'interno delle comunicazioni. In questo caso è un tema a cui il Consiglio dedicherà tutti i suoi lavori e tutta la sua serata. Parto da questo punto perché non è semplicemente un punto formale, ma è un punto sostanziale, cioè dedicare una parte, un intero Consiglio, quindi una fetta dell'attività del Consiglio Comunale all'approfondimento e alla discussione su questi temi. E

necessitavano, secondo me, secondo noi, visto che è un tema condiviso dalla Conferenza dei Capigruppo, di dedicare ad esso un Consiglio ad hoc e dedicare, appunto, un ordine del giorno ad hoc. Perché fa parte, diciamo, di una delle, il tema del sociale e dei servizi erogati all'interno di questo ambito, fanno parte delle funzioni che i Comuni hanno delegato all'Unione dei Comuni, quindi all'interno di questo Consiglio Comunale, più volte, in tante occasioni, penso l'ultima volta che abbiamo discusso anche il DUP è emersa la necessità di approfondire in modo più dettagliato quelle che sono le attività delle funzioni che il Comune, che i Comuni, non solo il nostro, hanno trasferito all'Unione dei Comuni. Quindi, quella del sociale, ma anche delle altre, sicuramente questa è quella che ha al suo interno tutta una serie di servizi che riguardano molto la cittadinanza, impattano molto sulla vita pubblica. Quindi, chiaramente, anche nel dibattito degli strumenti di programmazione, anche se non sono all'interno di quello strumento di programmazione e di questo ente, perché dell'Unione, ma chiaramente, all'interno del dibattito sicuramente viene toccato e viene affrontato. In tante occasioni, con mozioni, con ordini del giorno il tema viene affrontato e quindi l'esigenza più volte manifestata dal Consiglio Comunale era quella non solo di avere una occasione di approfondimento e di aggiornamento, perché questa può farla, la si può fare anche attraverso l'attività della Commissione ad essa dedicata, cosa che spesso è stata fatta su vari temi e su vari ambiti grazie all'attività, appunto, della Commissione III[^], della sua Presidente e di tutti i membri, però la necessità anche di dedicare e penso e spero possa diventare una prassi fissa, cioè di dedicare un Consiglio a questo tema, credo che sia un modo per anche sottolineare un elemento istituzionale importante, cioè che la funzione delegata è comunque sia delegata da un ente il cui organismo sovrano è il Consiglio Comunale e quindi il Consiglio Comunale ha il dovere e il diritto di verificare e conoscere, essere aggiornato su quella che è l'attività delle funzioni esercitate dall'ente in questo caso di secondo livello, cioè l'Unione dei Comuni. Quindi, credo che sia un dovere dei Consiglieri Comunali partecipare all'attività dell'ente. Noi abbiamo, abbiamo tre Consiglieri Comunali del nostro Consiglio che partecipano, chiaramente all'attività del Consiglio dell'Unione, però è importante anche che poi su alcuni temi, e spero, penso, lo si possa anche replicare su altre delle funzioni trasferite, partendo da questo esempio, penso che sia un modo per fornire ai Consiglieri Comunali anche un luogo a tutti i Consiglieri e quindi non solo ai tre che fanno parte del Consiglio dell'Unione, un luogo dove poter fare una discussione, dove poter fare delle domande, dove poter fare un aggiornamento sulle attività ed esercitare il ruolo istituzionale che compete, in questo caso a ciascuno degli 11 Comuni e che compete ai Consiglieri Comunali. Quindi quello di star dietro, conoscere, curarsi anche di quelle che sono le funzioni delegate ad un ente di secondo livello. E quindi spero e penso che questa sia una delle attività qualificanti di questo mandato, cioè di concentrarsi anche su, con una particolare attenzione e cura su quelle che sono le funzioni trasferite. Lo facciamo, diciamo, lo abbiamo fatto anche, appunto, sui temi degli ultimi Consigli, anche su temi che non riguardano le funzioni trasferite, ma anche su temi di grande importanza che il Consiglio ha voluto affrontare con aggiornamenti e conoscenze, a manifestare il fatto che il Consiglio Comunale non è solo luogo in cui si discutono le mozioni, o in cui si discutono poi le delibere proposte dall'Amministrazione, ma anche luogo di discussione, di dibattito su quello che avviene in città e su quelle che sono le priorità dei servizi e degli investimenti cittadini. Questo lo voglio ribadire, credo con l'unanime consenso del Consiglio Comunale perché penso che sia istituzionalmente una cosa estremamente importante e lo facciamo, chiudo dicendo questo, lo facciamo con un progressivo ritorno alla normalità, perché noi siamo stati fra i primi Consigli Comunali, che è tornato a lavorare in presenza, già nel maggio 2020 al Palazzo delle Esposizioni, poi nella sala consiliare, che era però diciamo addobbata per, passatemi il termine, per

poter rispondere a tutte le necessità di sicurezza manifestate dal responsabile della sicurezza. In questo caso, da stasera, per la prima volta abbiamo eliminato il plexiglass e tutta una serie di misure di contenimento, che quindi consentono la presenza numerosa del pubblico e la ripresa di tutta una serie di attività. Quindi, questo mi fa molto piacere. Vengo all'organizzazione della serata, come condiviso dalla Conferenza dei Capigruppo insieme in collaborazione con l'Assessore Valentina Torrini, che ringrazio molto, e al Direttore Franco Doni, abbiamo condiviso una scaletta della serata e una organizzazione della serata che, quindi, sarà piuttosto corposa. Visto che i temi sono tanti, era necessario dare una coerenza tematica e una organizzazione in modo tale che si possa seguire bene anche l'attività e dare una concreta possibilità ai Consiglieri di seguire e di intervenire nel merito degli interventi. Quindi, la prima parte ci sarà una parte introduttiva da parte dell'Assessore Valentina Torrini. Seguirà la presentazione dell'attività della Società della Salute del Dottor Franco Doni, Direttore appunto dell'SDS, e poi apriremo con la parte suddivisa in quattro parti, quindi la parte successiva suddivisa in quattro parti: la prima dedicata ai responsabili dei servizi della Società della Salute, i coordinatori dell'Unità di Valutazione la seconda, emergenza/urgenza la terza, e poi quella dedicata alle attività sul lavoro e immigrazione, la quarta. Chiaramente, poi ogni, ognuna di queste parti è dettagliata in referenti che interverranno e che chiamerò di volta in volta. Quindi, apriamo i lavori e do la parola all'Assessore Valentina Torrini. Prego.

Introduzione dell'Assessore alle Politiche Sociali, Valentina Torrini, sul tema del Consiglio Comunale "Le politiche sociali dell'Ente".

Parla l'Assessore Torrini:

Sì, grazie. Ringrazio il Presidente, ringrazio il Consiglio Comunale che ha deciso di dedicare un intero Consiglio Comunale alle politiche sociali dell'ente e tutti, tutte le persone che abbiamo invitato e che sono oggi presenti. Con questo Consiglio Comunale l'obiettivo, che ci siamo dati, è quello di illustrare quelle che sono le politiche sociali dell'ente, tese a perseguire il benessere sociale dei cittadini, ma anche illustrare quelli che sono i servizi offerti a favore della popolazione, in particolar modo, dato il contesto particolare, che ci troviamo a vivere, i servizi offerti in favore dei soggetti più fragili e più vulnerabili. Ovviamente, questo ragionamento non può prescindere dal fatto che non esistono buoni servizi senza una buona struttura. Per questo, all'interno di questo Consiglio Comunale, abbiamo deciso di invitare la nostra Società della Salute, che è il nostro consorzio nato per perseguire l'obiettivo principe delle politiche sociali, appunto, il benessere sociale dei cittadini e che mette assieme i servizi e le attività dei Comuni con i servizi e le attività dell'Azienda Sanitaria, con lo scopo quindi di dare risposte unitarie ai bisogni socio-assistenziali ed ai bisogni socio-sanitari dei cittadini e diventando quindi l'unico interlocutore e la porta di accesso dei servizi ai cittadini. A questo proposito, quello che tentiamo e tenteremo di fare oggi, è una presentazione a 360 gradi della Società della Salute, e per questo ringrazio particolarmente il Direttore Franco Doni, ringrazio il Presidente della Società della Salute che non poteva essere presente, ma che ci poteva porvi i suoi saluti e ringrazio tutti i referenti delle varie aree, che sono oggi presenti, e che cercheranno di spiegare ai Consiglieri quelle che sono le attività, che vengono svolte all'interno delle proprie funzioni e quindi all'interno della Società della Salute. Da parte mia,

appunto, ci tengo a ringraziare le persone, che oggi sono presenti, non soltanto per la presenza a questo incontro, ma devo dire anche per la professionalità e la passione che impiegano nell'esercizio delle attività delle proprie funzioni ogni giorno. Da quando sono Assessore, per me sono state un punto di riferimento importante, un ausilio importante e ci hanno consentito, grazie alla propria professionalità, di rispondere molto spesso ai bisogni dei cittadini. E questo io lo ritengo veramente fondamentale perché se si vuole rispondere ai bisogni della popolazione abbiamo bisogno di una squadra, una squadra solida, ma che sia una squadra di competenze e di territori. Una squadra in cui ciascuno possa portare i propri saperi, ma anche le buone pratiche che si sviluppano all'interno dei territori. Per questo, io ritengo, devo dire, dopo una esperienza ormai di tre anni, che il nostro consorzio funzioni, che sia un modello da replicare anche in altri luoghi e che, veramente, ci consente oggi di dare risposte efficienti ai bisogni dei cittadini. All'interno della Società della Salute, all'interno della Giunta, noi responsabili e delegati dei Comuni partecipiamo sempre. La Giunta si riunisce molto spesso, due o tre volte al mese, e devo dire all'interno, questo ci tengo a portarvi anche la mia esperienza professionale, all'interno della Giunta si riesce sempre con molta professionalità e molta attenzione a fare sintesi tra quelli che sono le varie problematiche e a rispondere all'interesse generale, che riteniamo prioritario di volta, in volta. Noi, quindi, come Amministrazione, assieme al Sindaco, assieme alla Giunta di questo Comune, devo dire che crediamo molto in questo ente, tanto è vero che nell'ultima legislatura abbiamo proceduto all'assunzione di quattro assistenti sociali. Questo può sembrare semplice, può sembrare banale, ma in realtà non lo è perché considerando anche il bisogno che ha quest'ente di nuovi dipendenti, investire nei servizi sociali non era scontato, ma per noi era determinante e necessario perché se si vuole rispondere ai bisogni dei cittadini abbiamo bisogno di una struttura che funzioni. D'altra parte, se è vero che per dare buoni servizi abbiamo bisogno di buona struttura, ritengo anche che la struttura, con cui si risponde ai bisogni dei cittadini, non possa essere esclusivamente pubblica. Io credo, infatti, che oggi abbiamo bisogno sempre di più di politiche sociali di comunità. Lo abbiamo visto durante la pandemia, non avremmo risposto a tutti i bisogni dei cittadini se non avessimo avuto un terzo settore formato, pronto insieme a noi a rispondere all'emergenza che di volta, in volta si sono, alle emergenze che di volta in volta si sono presentate. E quindi io ritengo sempre più, e non credo, insomma, di essere la sola, mi sembra che questo sia ormai un orientamento di tutta la Società della Salute, che si debba sempre di più lavorare a fianco pubblico e privato sociale e terzo settore per rispondere ai bisogni dei cittadini, in particolar modo prima di tutto per leggere accuratamente i bisogni dei cittadini e poi per individuare le modalità per far fronte a questi. E quindi ritengo che tutti noi si possa essere e si debba essere promotori della presa in carico delle persone. Per questo, questa Amministrazione, mi soffermo anche un po' sulle attività che abbiamo svolto, che ho svolto come Assessore al Sociale, si è molto impegnata anche nella costituzione del distretto dell'economia civile. Questo non soltanto perché riteniamo e ritengo ce ci sia la necessità di cambiare il modello di sviluppo, che abbiamo davanti e che ha mostrato i nostri limiti, basta vedere che le disuguaglianze sono scoppiate, si sono radicate, sono diventate strutturali e quindi c'è la necessità di andare verso un nuovo modello di sviluppo che, mentre crea ricchezza si occupa anche di creare inclusione sociale e anche di tutelare l'ambiente per tenere tutto assieme, ma anche perché io ritengo che avessimo bisogno nel nostro territorio di un luogo, di un laboratorio in cui lavorare assieme al pubblico e privato per leggere e rispondere ai bisogni dei cittadini e questo lo abbiamo fatto. Si è visto che quando siamo riusciti a farlo, come nel caso dell'Emporio Solidale, siamo riusciti veramente a creare un nuovo strumento, che, in poco tempo, è anche riuscito a rispondere a nuove esigenze, ad una povertà alimentare, che prima era sconosciuta su questo

territorio, o comunque era sicuramente inferiore rispetto a quella che si è presentata a seguito della pandemia. E devo dire che molte sono anche le soddisfazioni, che stiamo trovando all'interno di questa nuova struttura, che abbiamo contribuito tutti a creare, a partire dalla Società della Salute, dei Servizi Sociali che sono anche qui presenti e che ringrazio per l'attività, che hanno svolto anche di stimolo alla creazione dell'Emporio e che gestiamo tutti assieme perché, poi, all'interno dell'Emporio partecipano gli stessi servizi sociali e so che adesso stiamo anche cercando di sviluppare e di approfondire il rapporto che si sta consolidando, gli stessi servizi mi hanno comunicato che avrebbero piacere, prossimamente, a ricevere le persone, che frequentano l'Emporio all'interno dell'Emporio stesso e questo credo che sia una bella innovazione, anche una innovazione sociale importante perché se vogliamo aiutare i cittadini e rispondere alle loro fragilità, dobbiamo anche costruire una rete di relazione, costruire reti di comunità con le associazioni del territorio e anche con i cittadini e costruire reti e coesione sociale è importante, tanto importante che come amministrazione stiamo anche lavorando su altri fronti. Da questo punto di vista il lavoro, che abbiamo fatto sul Regolamento dei Beni Comuni pensiamo ci possa aiutare perché rafforzando la comunità, la prossimità, costruendo reti sociali, si riesce anche a rispondere, a dare risposte immediate ai cittadini. Lo vediamo, ad esempio, sul tema della povertà, laddove la persona vulnerabile, ha una rete accanto a sé di soggetti, riesce, riesce meglio, nel caso in cui si presenti un evento negativo, a far fronte a questo, trovando nella comunità stessa e nella rete di relazione, che ha, una prima risposta al proprio bisogno. E questa attività di lavoro e di co-programmazione, co-progettazione, è una attività che la Società della Salute stessa sta portando avanti in modo molto attento in questo ultimo periodo, tanto è vero che molte sono le manifestazioni di interesse, che la Società della Salute sta emanando in questo periodo proprio anche per strutturare ed elaborare nuove progettualità al fine di recepire i fondi del PNRR.

Alle ore 18,40 entrano i Consiglieri D'Antuono e di Rosa.

Concludo con un'ultima considerazione, che ritengo opportuno sul tema dell'estrema marginalità e anche dell'inclusione sociale. Assieme alla Società della Salute, con Franco Doni, il Direttore, e con Barbara Biagini, che è qual il referente dell'area adulti, abbiamo, stiamo molto lavorando, abbiamo molto lavorato cercando di ampliare quelli che sono i servizi a favore delle persone senza fissa dimora, lo abbiamo fatto in questo periodo di pandemia e lo stiamo molto facendo lavorando sui temi dell'housing fest e delle stazioni di posta, anche in merito alla missione 5 del PNRR. Quello che volevo dire qui stasera è che ho imparato, insomma, in questi anni che l'inclusione sociale è molto complicata perché si scontra comunque con la condizione delle persone, con i contesti sociali in cui le persone si trovano e anche con il libero arbitrio delle persone stesse. E quindi non sempre si riesce, nonostante tutte le strutture, che ci possiamo dare, e le risposte che riusciamo, che tentiamo di elaborare, a dare, ad ottenere quelli che, a nostro avviso, potrebbero essere i risultati soddisfacenti. E' anche vero che laddove lavoriamo in questo senso e riusciamo ad ottenere buoni risultati, per quanto piccoli o grandi che possono essere, sono risultati importanti perché incidono nella vita delle persone migliorandola. E' anche vero che sul tema dell'inclusione sociale, molto come Società della Salute stiamo facendo, non mi dilungo perché so che lo diranno successivamente i relatori, in merito all'inclusione sociale degli adulti, cercando da un punto di

vista lavorativo di inserirli con un nuovo, di inserirli in ambito lavorativo con un nuovo progetto, che si chiama link, all'interno del quale molte sono state le adesioni da parte dei cittadini, e che pensiamo possiamo aiutare, possa aiutare molti di loro a trovare una nuova occupazione e quindi una risposta ai bisogni. Vi ringrazio. Lascio la parola a Franco Doni, Direttore della Società della Salute.

Alle ore 18,45 entra il Consigliere Faraoni.

Parla il Presidente Mantellassi:

Allora, grazie Assessore. Il dling-dlong un po' fastidioso è il sistema automatico che tiene il tempo, quindi aiuta. E' un po' fastidioso, ma in realtà aiuta, ad essere rispettosi del tempo perché, avendo tanti interventi stasera, più siamo rigorosi e meglio è. Do la parola al Dottor Franco Doni. Prego.

Parla il Dottor Franco Doni – Presidente della Società della Salute:

Buonasera. Grazie della disponibilità ad ospitarci. Il tentativo, io, ora, passiamo direttamente alle slide, abbiamo davvero tante cose da dire. Intanto si può partire. Quello che mi sento di dire, naturalmente, è che stasera noi facciamo, come dire, una apparizione in un contesto pubblico, in un contesto importante come quello di un Consiglio Comunale in modo così ampio e così diffuso rispetto alle cose, su cui lavoriamo, che in passato non abbiamo potuto fare, insomma. Ci sono tante ragioni, non ultima il fatto che gli ultimi due anni li abbiamo trascorsi a sostenere le tante difficoltà che anche a lavorare si trovavano per la pandemia. Comunque, detto questo, cerco di essere, il mio intervento è un intervento introduttivo, poi ci saranno gli interventi dei colleghi, che ringrazio tutti per avere lavorato, per avere messo a disposizione le loro competenze per preparare quanto stasera abbiamo, e anche poi, insomma, per la capacità che dimostreranno nel farvi entrare nel cuore delle cose di cui noi ci occupiamo. Prego, si può andare avanti. Quindi, cerco..ah, ecco, scusa. No, no, no è la seconda slide da mettere la prima. Cioè il primo file ha più slide. Sì, non fa vedere la seconda? Colpo di scena.

Parla l'Assessore Torrini:

Cioè, io ce l'ho qui, guarda quante sono. Le ho stampate. Provo a rimandartelo, ce l'ho io per e-mail.

Parla il Dottor Franco Doni – Presidente della Società della Salute:

No, lo vuole in PDF. Quindi, io intanto proseguo.

Parla il Presidente Mantellassi:

Tanto il materiale ce l'hai.

Parla il Dottor Franco Doni – Presidente della Società della Salute:

Allora, intanto che si risolve il problema, io proseguo. La Società della Salute è composta, come sapete, dall'Unione dei Comuni, che rappresenta gli undici Comuni dell'Empolese Valdelsa, per una quota di partecipazione del 48,16% e dai quattro Comuni del Valdarno, complessivamente il 66%, accanto alla quale si aggiunge il 33% della ASL Toscana Centro. Il sistema organizzativo dal punto di vista, diciamo, degli organi decisionali è composto da un Presidente, che è il Sindaco di Fucecchio, Alessio Spinelli, da un Vice Presidente Simone Giglioli, Sindaco di San Miniato. L'assemblea è composta dal Sindaco Spinelli, dai Sindaci dei Comuni del Valdarno Inferiore e dal Direttore della ASL Toscana Centro. La Giunta Esecutiva ha la stessa composizione. E' stato previsto all'interno dello Statuto, che proprio per la natura particolare dell'Unione, che rischiava di non consentire ai Comuni dell'Empolese Valdelsa di avere una propria, come dire, espressione all'interno delle fasi assembleari, che alle sedute possano partecipare i Sindaci degli undici Comuni o i loro delegati. Quindi, sostanzialmente, le sedute sono sempre, come dire, vedono sempre presenti tutti. La Società della Salute, per legge, deve organizzare anche un sistema di partecipazione, che è fatto da una Consulta, un Comitato e dai, la Consulta ha un Presidente eletto dagli stessi membri della stessa, che si chiama Mario Rotonda e riunisce 62 soggetti del terzo settore. Il Comitato di Partecipazione riunisce 15 associazioni che hanno la particolarità di essere associazioni di tutela della cittadinanza. Quindi, si dividono rispetto alla Consulta per la tipologia di, diciamo, di vocazione che rappresentano. La Società della Salute, sempre per il rispetto della norma regionale, ha anche una funzione di programmazione, che va anche oltre gli ambiti della stessa. Negli ultimi tre anni, nonostante le difficoltà e anche le difficoltà, come dire, a dialogare su questi temi, è stato affrontato il tema dell'approvazione del Piano Integrato di Salute 2020-2022 e sono stati fatti anche gli aggiornamenti per il 2021 e per il 2022. Questa documentazione viene inviata agli enti soci e poi è presente anche sul sito della Società della Salute, non è stato ancora pubblicato l'ultimo aggiornamento del 2022, ma lo sarà nei prossimi giorni.

Una precisazione rispetto a stasera: si parla di Società della Salute e quindi si parla della lettera c) e della lettera d) dell'articolo 71 bis, comma 3, della Legge 40. Cioè si parla delle attività socio-sanitarie con riferimento in specifico alla disabilità e la non autosufficienza, e si parla di tutte le attività di assistenza sociale. Questo è il perimetro entro il quale noi ci muoviamo e questo è il perimetro entro il quale io e i colleghi, diciamo, interverremo per darvi, speriamo, insomma, informazioni utili al vostro mandato rispetto a questo compito.

La Società della Salute interessa complessivamente la popolazione interessata è di oltre 240 mila abitanti, il Comune di Empoli rappresenta naturalmente l'ente con maggiore rapporto demografico circa il 20% dei cittadini complessivamente sono rappresentati da questo Comune. La composizione della popolazione del, diciamo sempre del nostro territorio, vede una porzione di anziani, ovvero persone ultra 65enni, pari al 24%. Sono il 16% i minori. E la parte più, come dire, più corposa è data dagli adulti, che raggiunge il 60%. Entrando un pochino più nel dettaglio delle cose, come dire, delle nostre attività, diciamo le persone, l'accesso e la presa in carico dei servizi si rivolge ai quattro

target di cui poi parleranno anche i colleghi, cioè persone con disabilità, minori e famiglie, anziani non autosufficienti ed autosufficienti e adulti. Questa ripartizione è, vede prevalentemente una presa in carico per il 40% riferita agli anziani. Seguono per il 27% minori e famiglie, per il 20% gli adulti e per il 13% le persone con disabilità, che però, come sapete, sono ovviamente in un numero più limitato, ma rappresentano un impegno importante in termini, come dire, di servizi e di assorbimento di risorse. L'organizzazione nostra è una organizzazione che vede, come dire, oltre alla direzione, una componente organizzativa dedicata alla gestione dei servizi sociali e una componente amministrativa di supporto, che poi si collega con l'Azienda Toscana Centro e con il Dipartimento del Servizio Sociale, e con le unità funzionali che poi operano sul territorio e che si avvale anche delle unità, dei coordinamenti, delle unità di valutazione, che sono qui presenti stasera, riguardano la non autosufficienza, la disabilità e l'agenzia di continuità ospedale territorio e che, appunto, costituiscono il filtro per l'accesso ad una serie di opportunità. I dipendenti della Società della Salute, a vario titolo impegnati, diciamo, sono in questo momento, sono alcuni, erano circa un mese fa 107 perché la variabilità, purtroppo, è importante. Di questi il 22%, cioè 24 operatori sono impegnati nell'ambito di minori e famiglie. 20 operatori si dedicano alla popolazione anziana non autosufficiente, 14 è il personale amministrativo, 13 riguardano la popolazione adulta, 10 persone con disabilità e 7 segretariato e, è segretariato. Poi, ci sono unità singole che si occupano di progetti e di particolari supporti all'organizzazione complessiva e sono poi anche i colleghi che parleranno. La prevalenza di questi operatori è, del profilo, è ovviamente quella di assistenti sociali, ma diciamo che il rapporto fra, come dire, operatori sul territorio e operatori che hanno una funzione di responsabilità, è un rapporto buono direi, perché ci sono sette, otto figure di responsabilità contro circa un centinaio..eh, va beh, ho perso un po' di tempo prima, di operatori che hanno una funzione, diciamo, di, appunto, presidio territoriale. Dal punto di vista economico, il Bilancio del 2021 è stato approvato il 28, il Consuntivo 2021 è stato approvato il 28 di febbraio. E' in corso di pubblicazione la delibera e anch'essa poi sarà inviata agli enti soci. Noi abbiamo registrato nel 2021 un valore della produzione pari a 23 milioni di Euro, il Bilancio della Società della Salute è, diciamo, è gestito tramite una contabilità economica, non abbiamo la contabilità pubblica degli enti locali. 23.064.000 Euro che sono la somma più elevata da che noi ci siamo riuniti, cioè dal 2019, nel 2018 siamo stati attivi sei mesi. Ed è una somma, diciamo, in crescita. Ha avuto un trend, diciamo, di incremento rispetto al 2020, di circa 3 milioni, di circa 2 milioni e mezzo di Euro. Questo per dire che, diciamo, la nostra capacità anche di attrarre finanziamenti è incrementata, è aumentata. In particolar modo, le entrate sono garantite per circa il 45% da contributi che provengono dalla Regione Toscana per una pluralità di attività, alcune delle quali si partecipa mediante bandi, altre invece sono erogazioni che lo Stato dà alle Regioni e che poi arrivano a noi. E per il 51% sono contributi che vengono dai Comuni soci. Va beh, questa me la salto. Scusate. Vado veloce, cerco di andare più veloce possibile. Le risorse dei Comuni sono, a loro volta, divise in questo modo: l'Unione dei Comuni finanzia per l'80% il Bilancio della Società della Salute, per la parte socio-assistenziale, e i quattro Comuni del Valdarno finanziano per la parte diciamo residuale. Quindi, un contributo significativo sicuramente. In assoluto sono 8.798.000 per la parte, diciamo, dell'Unione dei Comuni. Ora, mi dispiace che non possiate vedere.

Gli interventi per target di popolazione, come ho detto, vanno prevalentemente a favore dei soggetti anziani e però subito dopo seguiti dai soggetti disabili, nel senso che c'è poi un assorbimento di risorse importante. Prevalentemente, diciamo investiamo in interventi domiciliari e proporzionalmente un pochino meno in interventi residenziali. La domiciliarità è un valore e

cerchiamo di sostenerla in tutti i modi. Naturalmente, non sempre è possibile e quindi è anche importante avere un sistema di riferimento e di strutture che consente, quando poi le situazioni si complicano, di, diciamo, poter, insomma, avere una collocazione che consenta una vita dignitosa. Se si va a vedere una, diciamo, proporzione tra cui sono suddivisi gli interventi, in termini di costo complessivo, vediamo che circa il 19% è assorbito dagli interventi per la non autosufficienza, seguiti per il 16% dalle prestazioni residenziali e semi residenziali per disabili. E seguono per l'11,5% le prestazioni residenziali e semi residenziali per anziani. Quindi, proporzioni importanti se calcolate i 23 milioni, in realtà sono 20 milioni poi la somma, 20-21 la somma complessiva, il resto sono poi oneri legati all'organizzazione, capite che sono somme importanti. Comunque, nelle slide poi spero che vi verranno date, avete modo anche di osservare le singole, i singoli assorbimenti. Ovviamente, dal nostro punto di vista le attività si svolgono prevalentemente tramite l'acquisto di servizi, quindi noi abbiamo una ampia rete di soggetti con cui collaboriamo per l'esercizio delle nostre attività, collaboriamo, oppure individuiamo tramite gare e forme di selezione pubblica naturalmente perché poi, diciamo, in questo, in questa fase stiamo attivando molto anche la fase della co-programmazione e della co-progettazione, ma non è stato, diciamo, e non è, ovviamente, sempre possibile e quindi bisogna anche saper distinguere.

Per finire, e poi lascio la parola ai colleghi, abbiamo davanti dal 2022 al 2026 la possibilità di investire ulteriori 6.441.500 derivanti dalla missione 5 del PNRR, quindi questo porterà complessivamente il nostro Bilancio circa sui 30 milioni di Euro. Speriamo di avere la capacità di impiegare queste risorse. Siamo in attesa dell'esito delle candidature, che sono state presentate al Ministero delle Politiche Sociali. Dovremmo, a breve, sapere se siamo stati, se siamo oggetto di finanziamento. Questo sarà uno sforzo significativo perché lo faremo non da soli, ma con un'ampia, come ha detto l'Assessore Torrini, coinvolgimento del sistema della partecipazione nel senso del sistema del terzo settore, dove è possibile attraverso forme di co-programmazione e co-progettazione. Quindi, questo è anche un impegno fisico, ecco, voglio dire, non solo operativo, ma anche fisico perché si tratta di tantissimi soggetti e speriamo di raggiungere il risultato auspicato. Ora io mi scuso per la velocità e anche per non avervi potuto illustrare quello che speravo fosse possibile. E, a questo punto, passiamo agli interventi successivi, insomma lo dice, lascio la parola. Grazie.

Parla il Presidente Mantellassi:

Sì, grazie Dottor Doni. C'è stato questo problema che la Rete Civica sta cercando di risolvere sulle slide, però, insomma, rassicuro che le slide sono già sul portale dei Consiglieri e quindi sono in possesso dei Consiglieri. Quindi, è possibile seguire gli interventi tramite le slide. Andiamo, quindi, alla prima parte dei responsabili dei servizi della Società della Salute, che quindi andrei a chiamare ed invitare a sedersi qui ai banchi della Giunta. Quindi, chiamo la Dottoressa Denise Gagliardi, Responsabile del Segretariato Sociale. Dottor Andrea Barani, responsabile dei Servizi per i Minori e Famiglie. La Dottoressa Barbara Biagini, responsabile degli interventi popolazione adulta. La Dottoressa Loredana D'Ermilis, responsabile dei servizi in favore di persone con disabilità. La Dottoressa Giovanna Spanedda, responsabile..prego, dei servizi per anziani auto e non autosufficienti. E poi la Dottoressa Elisa Guerrieri, responsabile dell'Unità Funzionale del Servizio Sociale e Territoriale della ASL. Prego. Quindi, più o meno con la stessa organizzazioni di tempi,

poi, insomma, cerchiamo di non essere rigidi perché l'obiettivo è quello di consentire la, di poter fornire tutte le informazioni possibili, facciamo, quindi, la prima parte di interventi e poi lasciamo lo spazio alle domande. Se siete d'accordo seguirei l'ordine, che ho utilizzato adesso. Quindi, darei la parola alla Dottoressa Denise Gagliardi, Responsabile del Segretariato Sociale. Prego.

Parla la Dottoressa Denise Gagliardi – Responsabile del Segretariato Sociale:

Mi sentite? Buonasera a tutti. Ecco, buonasera a tutti. Denise Gagliardi, Responsabile, appunto, dell'accesso e del Segretariato Sociale. Quindi, da dove si comincia? Si comincia, appunto, da come si accede ai servizi. Quindi, il Segretariato Sociale che cos'è? E' la porta di accesso ai servizi, cioè quando un cittadino ha un bisogno di, ha bisogno di esprimere una richiesta, ha bisogno comunque di contattare qualcuno del servizio, deve arrivare attraverso la porta di accesso, che è il Segretariato Sociale. Che cos'è? E' un punto di ascolto, è un punto di accoglienza, di informazione, di orientamento, è svolto da un assistente sociale, quindi c'è un operatore professionale, come diceva bene il Direttore, siamo in 7 all'interno del Servizio del Segretariato Sociale dislocati per tutto il territorio. E che cosa si effettua? Una prima lettura e valutazione del bisogno. L'altra funzione, molto importante, è di filtro: cioè filtriamo ciò che arriva, e proviamo ad orientarlo, chiaramente, accompagnando il cittadino verso il percorso più appropriato. Chi può accedere al Segretariato Sociale? Qui si fa riferimento, chiaramente, alla normativa della Regione Toscana e quindi tutti i cittadini residenti nel nostro territorio. Ma non solo. Quindi, comunque vedremo poi che tipo di richieste arrivano, appunto, al Segretariato Sociale. Chi può contattare il Segretariato Sociale? Quindi, la persona si può rivolgere direttamente o lo può fare attraverso qualcun altro, quando non è in grado di poterlo fare lui stesso. Quindi, chi lo può fare? Lo possono fare i medici di medicina generale, lo possono fare gli specialisti, lo possono fare i pediatri, lo possono fare altri tipi di attori, anche le amministrazioni comunali che fanno parte, appunto, del sistema. Del sistema dei servizi o del sistema in generale. Cioè, quando ho da portare un bisogno, non importa che possa essere io stesso a portarlo, ma lo può fare anche qualcuno per me. Che cosa fa il Segretariato Sociale? In questa zona ha la funzione anche di punto insieme, cioè di sportello, chiaramente il punto insieme è il punto di accesso per le persone non autosufficienti e le persone con disabilità, che è stato voluto fortemente dalla Regione Toscana per individuare un percorso appropriato per queste persone, e qui, in questa zona, il Segretariato Sociale ha anche questa funzione. Quindi, è lo stesso sportello di ascolto ed accoglienza, ma anche per un bisogno più specifico che è, appunto, la non autosufficienza. In questo caso, chiaramente, è dedicato a questo tipo di caratteristica della persona. E ha anche la funzione di segnalazione di questo bisogno alle persone, agli attori, che devono poi prenderlo in carico, approfondirlo, valutarlo e, appunto, ha funzione di avvio di questo percorso. E per di più, in questo caso, invia la segnalazione direttamente all'assistente sociale e all'infermeria, che poi approfondiranno, andando a domicilio della persona, tutta una serie di valutazioni, che poi, appunto, vedremo meglio nell'approfondimento. Se si può andare. Ecco. Come si effettua la prima lettura del bisogno? Attraverso la scheda di segnalazione. Questa è una scheda che è nata, appunto, grazie alla Legge 66 del 2008, relativamente alla valutazione della non autosufficienza, cioè inizia come pensata per la valutazione della non autosufficienza. In questa zona la utilizziamo per tutte le aree, perché c'è sembrato importante rilevare, comunque, determinate caratteristiche, determinati indicatori nel momento in cui il cittadino arriva per tutte le aree, aree adulti, minori, anziani. Perché? Perché ci sembrava utile rilevarli e informatizzarli, cioè inserirli all'interno del nostro

sistema informativo perché poi, appunto, si costituisse una banca dati che ci servisse per tutta una serie di motivazioni: uno, per, appunto, nell'ambito della non autosufficienza, dare avvio alla valutazione. Nelle altre aree per dare avvio ad un percorso di presa in carico o di presa in cura della persona. Come si lavora? Così: cioè arriva il cittadino e porta la sua difficoltà, no? Quindi, noi lo accogliamo. Accogliamo un bisogno, lo proviamo a leggere insieme al cittadino, lo decodifichiamo. Se è un bisogno semplice, e quindi trattabile dal servizio di Segretariato Sociale può andare verso una direzione che può essere, appunto, l'erogare informazioni, il dare informazioni, oppure se c'è, si rileva una fragilità, una presa in carico leggera e successivamente questa presa in carico, presa in cura della persona può andare verso o una soluzione o una chiusura del bisogno, quindi una risoluzione del bisogno, oppure può darsi che successivamente il bisogno si, purtroppo, diventi complesso, si aggravi e allora si va verso l'accompagnamento alle altre aree specialistiche, alle aree del territorio. Se, invece, all'inizio la lettura del bisogno è da subito individuabile come un bisogno complesso, quindi si individua una fragilità grave della situazione, allora, chiaramente, si accompagna la situazione alle altre aree, adulti, anziani, minori, persone con disabilità e da subito, il collega che si trova al Segretariato, contatta il collega delle altre aree e insieme cominciano questa presa in carico della persona. Che tipo di richieste arrivano al Segretariato? Richieste di informazioni di altri uffici e quindi, in quel caso lì facciamo un accompagnamento e un invio, oppure richieste un po' più complesse relative a contributi, relativi a servizi, relativi anche a strutture residenziali, no? Arriva un po' di tutto al Segretariato. Quindi, l'operatore deve essere capace e in grado di leggere il bisogno. Ma ci possono essere anche segnalazioni da altri attori che fanno parte del sistema, appunto. Quindi, le segnalazioni dell'ACOT, cioè dell'Agenzia Continuità Ospedale Territorio, oppure segnalazioni dall'infermiere di famiglia, quindi altri operatori che individuano un bisogno all'interno della famiglia, no? E quindi lo segnalano poi ai servizi sociali. Oppure dai volontari, oppure dagli altri sportelli sociali del privato sociale, che si trovano all'interno del territorio. Si può andare avanti.

Ma come si accede al Segretariato Sociale? Qui in questa zona? Si accede con un numero unico e si accede grazie, cioè e risponde un operatore, eh. Cioè nel senso si ha la possibilità di parlare con una persona, quindi, insomma, chi chiama ha la possibilità di trovare una persona e di avere uno scambio, di avere qualcuno che ascolta quello che è il tuo bisogno, che stai portando, eh. Quella che è la tua richiesta. Ci sono, appunto, degli orari di ricevimento e abbiamo anche una mail per le persone, insomma, che sono più, come dire, che si sanno più muovere all'interno di internet, no? Quindi, attraverso una mail. Questa è la nostra locandina, che, appunto, potete vedere riconducibile sia al Segretariato Sociale, che il Punto Insieme, che, ripeto, è lo sportello dedicato alla non autosufficienza e persone con disabilità e il nostro numero di riferimento lo 0571/878778 è abbastanza semplice, insomma, per permettere che si ricordi. Questa locandina è stata tradotta anche in più lingue per permettere l'accesso, appunto, anche delle persone che, ovviamente, non riescono a leggere in italiano. Si può andare avanti.

Le nostre sedi. Abbiamo sette sedi principali, tra cui, appunto Empoli. Le vedete lì. E anche delle proiezioni in tutto il territorio. Chiaramente, insomma, nei Comuni più grandi abbiamo la possibilità di avere una presenza anche su più sedi, per esempio su Empoli siamo sia a Rozz Lupi che Palazzo Pretorio, e negli altri Comuni in alcuni riusciamo, appunto, a garantire comunque la presenza con una proiezione. Come lavoriamo? Lavoriamo con l'obiettivo di semplificare l'accesso perché comunque nella restituzione dei bisogni, che i cittadini ci portano, molto spesso una delle richieste è

proprio questa: cioè come si accede e quindi, insomma, i nostri obiettivi quello che cerchiamo di fare è di semplificare l'accesso ai servizi, dare, avere e dare e portare una certezza della risposta, cioè cercando appunto di monitorare anche i bisogni che arrivano, le richieste che arrivano. Cerchiamo di essere, appunto, presenti in ogni Casa della Salute o comunque in ogni presidio o, appunto, in presenza o in proiezione, e cerchiamo di fare un lavoro di integrazione con le altre aree dell'integrazione socio sanitaria perché, comunque, si ritiene che sia importante avere un confronto e una collaborazione sia con le unità di valutazione multi dimensionale, ma anche con l'infermiere di comunità, con i medici di medicina generale perché si possa avere una presa in cura della persona insieme, no? Sia per un confronto, sia per una collaborazione, ma anche con la mia, insomma con tutti i settori più specialistici, che hanno necessità di un confronto perché la persona possa avere una presa in carico multidimensionale. Ma non solo: abbiamo anche la necessità di avere una stretta collaborazione con il terzo settore, lo diceva bene prima l'Assessore Torrini, rispetto al fatto anche che se non si lavora insieme all'associazionismo, alla cooperazione, al volontariato, da soli, come dire, non si riesce a fare, appunto, un lavoro integrato. E ultimamente abbiamo avuto anche la possibilità di avere un collegamento con gli sportelli nati nel territorio, anche i nuovi sportelli tra cui lo SPINA, che è uno sportello dedicato alla non autosufficienza, o comunque sportelli del privato sociale con cui, appunto, ci si confronta sempre nella presa in cura del cittadino. E stiamo provando a fare anche un accompagnamento con nuove forme, attraverso, per esempio, il volontariato o il servizio civile, affinché, appunto, si semplifichi l'accesso. Come la stretta collaborazione con le aree, perché il Segretariato che è la prima porta, il primo attore, se non lavora in collaborazione con tutte le altre aree, con i miei colleghi, è ovvio che da solo non si può collocare e si deve, e non solo, anche con i referenti, che poi, insomma, mi seguiranno, non può farcela. Cioè ci deve essere comunque una collaborazione, un confronto continuo e non solo anche con gli altri attori del sistema.

Quali prestazioni noi facciamo? Appunto colloqui, colloqui con la persona, colloqui con altri attori del, come dicevo prima, visite domiciliari, relazioni, contatti telefonici. La compilazione della scheda informatica e avete visto appunto prima con la scheda di segnalazione. L'apertura della cartella, la presa in carico leggera, appunto si sta parlando di un bisogno semplice, eh, che ha un tempo di presa in carico e anche il monitoraggio. Da un punto di vista, invece, di servizi abbiamo avuto la possibilità quest'anno di avere, di erogare, di avere la possibilità insomma tra le nostre prestazioni i buoni servizio che si sono potuti erogare nelle situazioni di difficoltà, conseguentemente al post pandemia. E i pacchetti di assistenza domiciliare e i contributi per le utenze.

Qualche grafico. Rispetto, appunto, ai 354 buoni su Empoli ne abbiamo erogati 60, quindi il 17%. Rispetto, invece, al numero di accessi, che abbiamo avuto, nel triennio 2019-2021 come vedete c'è stato un aumento eh, nel 2021 siamo a 4.424 accessi. Gli accessi non sono teste, però sono quante volte qualcuno ha provato, ha parlato, ha avuto necessità dei servizi e quindi di contattare il Segretariato sociale.

Questo, invece, è il Segretariato Sociale e, come dire, l'evoluzione no? Dal 2020 al 2021. Cioè da un Segretariato Sociale dove, come dire, è nato per essere un punto più informativo e questo, appunto, è l'esito dei contatti al segretario del 2020, vedete che nel 2021 c'è stato un aumento sostanziale rispetto al 2020 del Segretariato Sociale professionale come presa in carico, presa in cura della persona. Quindi, non è stato solo un fornire informazioni, un orientamento, ma è stato

anche una, come dire, cominciare a fare insieme un percorso per andare verso il percorso più appropriato. Io credo di avere finito. Non so se sono rientrata nel..

Parla il Presidente Mantellassi:

Sì, sì, sì. Grazie.

Parla la Dottoressa Denise Gagliardi – Responsabile del Segretariato Sociale:

Va bene. Grazie a voi.

Parla il Presidente Mantellassi:

Grazie Dottoressa Gagliardi.

Parla la Dottoressa Denise Gagliardi – Responsabile del Segretariato Sociale:

Grazie a voi.

Parla il Presidente Mantellassi:

Adesso do la parola al Dottor Andrea Barani, responsabile dei servizi per minori e famiglie. Prego.

Parla il Dottor Andrea Barani – Responsabile dei Servizi per Minori e Famiglie:

Sì, buonasera. Nelle slide non trovate una premessa doverosa, che, forse, è opportuno fare: qual è la finalità di un servizio sociale per minori e famiglie? Potrebbe essere questo in estrema sintesi: garantire il soddisfacimento e il sostegno e l'attuazione dei diritti dell'infanzia, che una convenzione internazionale nell'89 ha dichiarato pubblicamente e che l'Italia ha ratificato nel 1991. E che poi leggi statali e regionali hanno sostenuto e sviluppato e anche finanziato per i vari interventi. Questa è una prima finalità, quindi garantire i diritti dei bambini e degli adolescenti alla vita, alla salute, al crescere in famiglia, allo studio, allo sport, al tempo libero, al riposo, ce n'è un sacco, potete leggerveli se avete passione e interesse. L'altra finalità, che è coniugabile con questa, è sostenere, è accompagnare le responsabilità genitoriali, familiari, rispetto a quelli che sono i doveri e anche i diritti dei genitori: mantenere, istruire, educare i figli seguendo le loro inclinazioni e i loro desideri e bisogni. Il connubio tra questi due sforzi, tenere insieme i diritti dei bambini e i doveri dei genitori, si può leggere su una terza dimensione come sviluppo anche che impegna una comunità civile a creare intorno alla famiglia una rete di opportunità, servizi ed occasioni di crescita. Quindi, il lavoro integrato poi con la scuola, con la sanità, con la cultura, con il tempo

libero. Quindi, in estrema sintesi, il nostro servizio sociale per minori e famiglie ha come finalità il tenere insieme queste tre dimensioni e provare a lavorare. Per fare cosa? Per prevenire e sostenere tutte quelle situazioni che si presentano come più vulnerabili. Va un po' di moda questo termine, attualmente nei servizi sociali, a vari livelli, ma è una dimensione che tutti conosciamo, perché tutti siamo fragili e vulnerabili. Lo sappiamo, no? Tutti ci ammaliano, tutti abbiamo delle difficoltà, dei lutti, dei passaggi faticosi. E, sicuramente, molte delle famiglie che si affacciano ai servizi, ma anche molte che non vi si affacciano, portano con sé delle vulnerabilità proprio in questi ambiti, che prima vi ho descritto. E quindi ci possono essere condizioni oggettive, materiali, economiche, che permettono, che non permettono a quella famiglia di sviluppare un percorso di vita soddisfacente, e talvolta, purtroppo, ahimè, la cronaca ce lo consegna, abbiamo anche situazioni dove i genitori fanno fatica ad adempiere a quei doveri e talvolta, purtroppo, trascurano, maltrattano, diventano negligenti rispetto ai propri doveri. E allora vengono fuori fenomeni della trascuratezza, del maltrattamento all'infanzia, a volte dell'abuso, situazioni che possono essere anche molto faticose da affrontare e portano anche molta fatica negli operatori che li affrontano, e talvolta portano anche una reazione delle istituzioni, ma anche della cittadinanza, che si potrebbero esplicitare su due modalità: o faccio finta di non vedere, e quindi faccio finta che tutto vada bene, oppure posso essere un po' connivente con queste situazioni. Conosco quel vicino di casa, un po' in difficoltà, ma va bene non lo sto troppo a disturbare, però potrei forse dire qualcosa al Servizio Sociale. Mah, quella famiglia sta un po' in difficoltà. Ecco, lo sapete, no, funziona un po' così. Allora, il servizio c'è anche perché si possa stimolare nella cittadinanza una presenza attiva, attenta, partecipe e solidale. Questa premessa era doverosa.

Ora, andrò un po' più sinteticamente ad individuare i quattro ambiti di intervento che vedete in quella slide, appunto. Nel primo ambito è il supporto alla vulnerabilità, in un'ottica, se volete, preventiva per quelle famiglie, che hanno ancora un po' di risorse e ce la possono fare e quindi vanno sostenuti nel crescere insieme ai figli. Talvolta ci troviamo in condizioni, e i numeri non sono bassi perché nella nostra zona dei 15 Comuni abbiamo più di 450 famiglie seguite con la magistratura minorile ed ordinaria, che prevedono una limitazione delle responsabilità familiari, eh. Per cui i genitori hanno fatto fatica o stanno facendo fatica ad adempiere ai loro doveri e i bambini stanno un po' soffrendo, più o meno, di questi comportamenti. E quindi questo è un grosso campo di intervento, che si esplica anche in prestazioni di carattere materiale, economico, in sussidi di tipo alimentare, in denaro, ma una gran parte di questo lavoro si esplica in interventi di supporto all'essere genitori, quindi con una valenza se volete psico-educativa di accompagnamento all'essere genitori, per quel che è possibile.

Un altro ambito molto recente, anche se la storia lo colloca già nell'ultimo decennio, è il supporto personalizzato ai nuclei che beneficiano del reddito di cittadinanza. Non mi ci addentro, ma sono quelle misure statali per l'integrazione al reddito, con l'impegno delle famiglie a portare avanti percorsi di autonomia e di sviluppo personali e anche relazionali. Un terzo ambito, molto importante, ma ve ne parlerà più diffusamente la collega Taddei nella terza parte, riguarda tutte le azioni sull'affidamento familiare, l'adozione nazionale ed internazionale, l'accoglienza dei minori non accompagnati, eh, però, adesso non approfondisco perché poi c'è un intervento specifico. E poi, appunto, un'altra tematica, legata al discorso della tutela minorile, sono i percorsi di sostegno e presa in carico dei minori allontanati dalla famiglia e collocati nei contesti residenziali, case famiglia, comunità educative, case famiglia per madri con minori. Poi vedremo qualche dato.

Possiamo passare all'altra slide. Ecco, per fare queste cose, attualmente abbiamo, ve ne ho messi pochi, qui, sono forse un po' di più, però questi cinque servizi essenziali alcuni di questi sono in appalto o in convenzione: l'assistenza domiciliare di base per il supporto alle funzioni anche materiali in casa, no? L'igiene, l'alimentazione, l'accompagnamento dei bambini nei vari contesti. L'assistenza educativa domiciliare, individuale e di gruppo. E abbiamo numeri importanti in questa nostra zona. Con tasso percentuale in Toscana molto elevato, quindi c'è anche un grosso investimento in questo servizio, che vede l'attivazione di educatori professionali di cooperativa affiancanti i genitori o i bambini in diverse attività dell'extra scuola e a domicilio. Lo sviluppo del programma PIPPI che è un programma ministeriale del Ministero del Welfare, ormai di dieci anni fa, che anche nella nostra zona si è sviluppato per la prevenzione dell'allontanamento dei bambini più a rischio dalle famiglie, investendo più risorse in maniera intensiva, nel tempo, e anche negli spazi di vita, per supportare la famiglia nell'adempiere ai famosi doveri di cui sopra. La convenzione con il Centro Diurno Educativo "Il Villaggio di Toppile" collocato a Montelupo Fiorentino e gestito dalla Cooperativa, dal Consorzio COESO di proprietà della Misericordia e della parrocchia credo di Montelupo. Le convenzioni attive con i due centri anti violenza dell'Associazioni Frida e Lilit, che ci vedono coinvolti in percorsi di accompagnamento a donne vittime di violenza, anche con figli minori, sia in percorsi che fanno a domicilio, ma anche, talvolta, in percorsi che vengono effettuati in caso di allontanamento urgente o di, appunto, di messa in protezione. E poi una recente convenzione con la Cooperativa Rifredi Insieme e l'Associazione Nos OTRAS, per l'avvio di accoglienza in bassa soglia. Proprio ad Empoli ci sono delle strutture, hanno appena aperto, una è proprio accanto alla Parrocchia di San Giovanni Evangelista, dove ci sono, mi pare, sei appartamenti in condivisione con due cucine in comune per mamme con figli che hanno condizione di vita precarie e che possono avviare percorsi di autonomia avendo un contesto semi protetto dove avere, appunto, una stanza dedicata e qualcuno che accompagna queste persone nel percorso di vita. Vi dicevo prima il mondo del bambino è una dimensione, i genitori una seconda dimensione, la terza dimensione è la rete del territorio. E, se passiamo alla prossima slide, vi elenco cinque buone pratiche di collaborazione formalizzate, istituzionali, con vari soggetti.

Un importante protocollo lo abbiamo attivato con la ASL Toscana Centro, in particolare con il servizio di con l'USMIA, che sarebbe quel servizio che tiene insieme la neuro psichiatria infantile e la psicologia dell'infanzia, eh. Ci confrontiamo, collaboriamo con questi professionisti per la presa in carico personalizzata di nuclei, appunto, in difficoltà, specialmente laddove interviene la Magistratura. Vi è un protocollo di collaborazione con il SERD, quindi il servizio per le dipendenze, per tutte quelle situazioni che vedono genitori che abusano di sostanze, che hanno figli minori in casa e possono essere a rischio o anche per quei ragazzi grandi, adolescenti, che possono sperimentare condizioni di rischio per appunto l'abuso di sostanze o comportamenti a rischio.

Vi è un protocollo di collaborazione con il Ministero della Giustizia, con l'Ufficio Servizio Sociale per i minorenni, per tutti quei minori che compiono reati, dai quindici anni in poi anche i minori sono penalmente perseguibili e quindi in caso di minori che compiono reati, abbiamo un protocollo di collaborazione con quel servizio per i percorsi di, tra virgolette, me lo permettete, rieducazione, reinserimento sociale. Un bel protocollo, ormai decennale, è quello con le scuole, per cui ci stiamo impegnando con le dirigenze scolastiche a confrontarci periodicamente su bambini segnalati dalla scuola o dai servizi in condizioni di rischio e a provare a fare insieme alle famiglie e alla scuola dei percorsi di supporto anche per il tempo dell'extra scuola. E nella sola zona del Valdarno, ma con

una proiezione anche futura, spero, nell'Empolese Valdelsa, un protocollo con i servizi educativi per la prima infanzia, quelli che gestiscono gli asili nido, per intendersi, per prevenire quanto prima il disagio, eh, per raccogliarlo quanto prima.

Nell'ultima slide, quella successiva, vi ho messo una recente progettualità, ma l'ho messa un po' così di proposito, per sollecitarvi su un tema, che è un tema un po' emergenziale in questi ultimi due anni pandemici e post pandemici, ma c'erano già dei sintomi prima: il tema degli adolescenti. Adolescenti a rischio, che si mettono a rischio o che sono a rischio di devianza. Questo progetto, che si chiama "Good Times", "Tempo di cambiare rotta", è un progetto che nasce da più soggetti, l'SDS, la giustizia minorile e la cooperazione sociale su un finanziamento, appunto, di questa impresa sociale per i bambini, per offrire a ragazzi a rischio di devianza, o che sono già nel circuito penale, percorso di reinserimento, di formazione. Ma questo è un progetto che è appena cominciato, abbiamo censito circa una quindicina di ragazzi che stanno partecipando. Ma questo lo dico perché pongo all'attenzione di questo Consiglio e comunque sia della, anche delle amministrazioni, il tema degli adolescenti, che è un tema che sta un po' creando qualche difficoltà nuova specialmente per alcune forme di disagio psicologico, mettiamolo così, a volte psichico, ritiro scolastico, ritiro sociale, ragazzi che hanno paura d'uscire, che stiamo intercettando anche insieme agli altri servizi sanitari e in questo momento abbiamo anche un po' di difficoltà a trattare perché sono forme un po' nuove, eh, di disagio, che non è sempre semplice definire. Però è un tema, è un vissuto dei nostri giovani in questo momento e quindi ci interpella anche rispetto alle progettualità future. Se vi interessa qualche dato, scorrendo le slide, e qui vedete sostanzialmente la distribuzione percentuale dei minori residenti..

Parla il Presidente Mantellassi:

Dovremmo andare verso la conclusione.

Parla il Dottor Andrea Barani – Responsabile del Servizio per minori e famiglie:

Sì, allora possiamo anche..

Parla il Presidente Mantellassi:

Un ultimo, un ultimo minuto. Prego, prego.

Parla il Dottor Andrea Barani – Responsabile del Servizio per minori e famiglie:

Allora, andiamo all'ultima, che è soltanto quella che riguarda i minori in struttura, che è anzi la penultima, a pagina 10. E' una tabellina. Un obiettivo già di qualche anno fa era ridurre il collocamento fuori famiglia dei bambini, questo perché ce lo chiede la legge, ma ce lo chiedono anche i bambini stessi. Si sta male in casa famiglia? Ovvero si sta bene, ma se si può stare meglio,

perché no. E allora l'impegno è in corso d'opera e i dati in qualche modo ci dicono che se nel 2019 eravamo a 36 minori fuori famiglia, siamo scesi a 20 nel 2020, siamo un po' risaliti a 28 nel 2021, ma quindi questo è un po' lo sforzo anche dei servizi di tentare di sostenere, sollecitare la popolazione ad offrire anche forme di accoglienza familiari, che possono, appunto, anche prevenire situazioni di allontanamento in strutture. Avete comunque poi le slide per eventuali domande o approfondimenti.

Parla il Presidente Mantellassi:

Grazie. Grazie davvero Dottor Barani. Sì, diamo la tessera. Prego. Allora, do la parola alla Dottoressa Barbara Biagini, Responsabile degli interventi sulla popolazione adulta. Prego, Dottoressa.

Parla la Dottoressa Barbara Biagini – Responsabile degli interventi sulla popolazione adulta:

Sì, buonasera.

Parla il Presidente Mantellassi:

Prego

Parla la Dottoressa Barbara Biagini – Responsabile degli interventi sulla popolazione adulta:

Buonasera. Sì, esatto, funziona. Sì, può mettere le slide. Grazie. Allora, intanto, il servizio adulti e contrasto alla povertà a chi si rivolge? A tutti, appunto, quella fascia di età, che vada di 18 ai 65 anni di età, in situazioni di persone che si trovano in una situazione, appunto, di disagio sociale e marginalità estrema. Gli interventi del servizio sociale dell'area adulti sono soprattutto rivolti verso un accompagnamento e un, e percorsi che favoriscono l'autodeterminazione e l'empowerment della persona attraverso, appunto, interventi socio-assistenziali e socio-educativi di supporto. Un'altra tematica importante, all'interno dell'area, è sicuramente quella che si rivolge alla marginalità estrema e quindi anche ai senza fissa dimora. E quindi poi a tutto il tema della co-progettazione a cui facevano accenno sia, appunto, il Direttore Doni e l'Assessore Torrini.

Per quanto riguarda il disagio sociale, quindi chi sono il target, i beneficiari? Sono, sicuramente, tutte quelle persone che sono in una situazione di disagio sociale e di povertà estrema. Sono le persone con patologie invalidanti, ma che non hanno una certificazione rispetto, appunto, ad una 104, ad una disabilità, ma che, allo stesso tempo, hanno una limitazione e una difficoltà di integrazione all'interno del contesto sociale e comunitario. Sono le persone che hanno un disagio economico, ma anche dovuto a patologie invece di natura anche psichiatrica o legate a dipendenze tossicologiche. Sono i senza fissa dimora, sono i cittadini, appunto, immigrati e sono anche tutte quelle persone che in un periodo della loro vita hanno, anche temporaneamente, bisogno di interventi di tutela, come

quella, per esempio, dell'Amministrazione di Sostegno. Per quanto riguarda i servizi erogati da parte dell'area adulti, sicuramente servizi di assistenza domiciliare, volti sia al sostegno della persona, appunto, a domicilio, sia dell'ambiente, ma anche dalla cura della persona. I trasporti sociali, in questo caso nell'ultimo, appunto, gara sono stati ampliati anche alla popolazione senza fissa dimora e questo è stato uno degli intenti, insomma, che il servizio ha voluto portare avanti proprio perché fino a qualche anno fa questo non era possibile. Contributi di natura economica, che possono essere ordinari, una tantum o in forme veramente emergenziali e anche di tipo urgente, ma sono molto rari come tipo di intervento economico. Il servizio di educativa e questo è stato un servizio che è potuto nascere grazie al processo di fusione tra le due società della salute, perché era un intervento previsto nella zona, appunto, nell'ex zona del Valdarno e che per un progetto appunto proprio di omogeneizzazione ha fatto sì che fosse, invece, trasferito anche alla popolazione adulta degli undici comuni e quindi dell'Unione dei Comuni. In questo caso anche questo servizio si rivolge sia agli adulti, ma anche ai senza fissa dimora. Quindi, anche un servizio di educativa in qualche modo di strada.

Servizi di mensa e empori solidali. Importantissimi, perché comunque sia i servizi di mensa, che sono dislocati sul territorio, ed Empoli ha un centro, appunto, attraverso, insomma, il Centro EMAUS, la possibilità di fornire i pasti sia per la colazione, ma anche pranzo e cena, quindi su sette giorni a settimana e questo è un servizio importantissimo. L'altra mensa è su Fucecchio e a breve, nella prossima settimana, ne aprirà un'altra anche sul territorio di Castelfiorentino. Per quanto riguarda invece gli Empori Solidali, sicuramente una novità importante. C'era una esperienza già nella zona del Valdarno a Santa Croce e nell'anno, appunto, 2020 c'è stata l'apertura dell'emporio solidale di Empoli e questa è stata una importante novità e un servizio importante per la nostra comunità perché, finalmente, si dà dignità alla persona che non riceve più semplicemente un pacco spesa, ma invece può scegliere ciò di cui ha bisogno. Esperienza positiva, che si è trasferita anche poi nel Comune di Certaldo un mese fa, circa, c'è stata la seconda apertura dell'Emporio sul nostro territorio. In entrambi i casi un valore aggiunto è stato soprattutto il fatto che sono empori gestiti da più associazioni e non da una singola associazione e questa è una grossa differenza. E il terzo settore c'è, il terzo settore ha risposto. Quindi, una forte collaborazione.

Servizio di mediazione culturale, emergenza abitativa sulla quale entrerà poi nel dettaglio il collega Nicolai Moldovan, successivamente. E tutta la parte di richieste di aperture di nomina di eventuali amministrazioni di sostegno a tutela della persona. Per quanto riguarda, invece, i percorsi di inclusione, sicuramente sono importanti rispetto, soprattutto, alla parte di inserimenti socio-assistenziali, socio-occupazionali che, appunto, si rivolgono a tutti quei cittadini che necessitano di un recupero del ruolo socio-lavorativo, ma anche inclusivo e ai quali viene corrisposto mensilmente, chiaramente, non uno stipendio, ma un gettone di frequenza per la partecipazione. L'altro progetto importante, sul quale entrerà in merito la collega Pozzoli, successivamente, appunto è il progetto LINK volto proprio alla formazione ed orientamento lavoro, stage lavorativi e laboratori professionalizzanti.

Andando al punto sui senza fissa dimora, a breve ci sarà l'avviso, appunto, è in fase di avvio e si spera o domani o nella prossima settimana uscirà l'avviso pubblico per la selezione, appunto, di soggetti collaboratori interessati a questo specifico tema e quindi alla presentazione di varie progettualità. Chiaramente, si rivolge a persone senza fissa dimora e gli obiettivi, che ci vogliamo dare, e che ipotizziamo, sono quelli appunto della possibilità di apertura di "Auto in fest" e "LED" e

poi sicuramente le stazioni di posta come centri servizi. Centri servizi aperti, appunto, H24 e che possono quindi in qualche modo rispondere ed essere veramente un servizio di supporto che in questo momento sta mancando perché sappiamo benissimo che le strutture da ospitalità sono aperte soprattutto soltanto durante la notte in questo momento. E quindi è una grossa sfida, ma sicuramente questa co-progettazione è uno degli obiettivi importanti che ci diamo, con il PNRR e quindi con la missione 5.

Alcuni dati anche di attività. Allora, rispetto, la percentuale di popolazione adulta su tutti i Comuni si attesta intorno al 6-7%, sul Comune di Empoli c'è una grossa differenza il 21%. Quindi, comunque, è il Comune dove c'è veramente una incidenza maggiore. Per quanto riguarda, ora, purtroppo, non si vedono le slide per cui, però nei grafici si vede soprattutto rispetto alla presa in carico che c'è stata nell'anno 2019-2020 e 2021 una grossa impennata di attività sull'anno 2020. Il motivo, appunto, è dato semplicemente dal fatto che a seguito dell'ordinanza 658 relativa appunto ai buoni spesa, ci sono state valutazioni e una presa in carico da parte del servizio importante e quindi questo sicuramente ha fatto sì che ci sia stato un valore, un incremento maggiore della presa in carico. Diminuita nell'anno 2021, ma che fa vedere come, rispetto, invece, al 2019 è comunque aumentata. Questo è un valore importante perché, sicuramente, ci dice che ci sono degli effetti che la pandemia ha portato non solo da un punto di vista sanitario, ma anche sociale. Quindi, anche il grafico successivo fa vedere comunque questo trend per quanto riguarda, appunto, le tre sottozone e quindi si vede chiaramente che nell'anno 2020, con la colonna rossa, in tutte e tre, praticamente, i grafici, insomma, rappresentativi si vede che c'è stata questa maggiore presa in carico, ma dovuta alle valutazioni, appunto, dei buoni spesa.

Per quanto riguarda gli inserimenti socio-occupazionali, quindi possiamo andare alla slide, no a quella successiva, eh grazie, come si vede c'è stato un calo a 38 inserimenti nell'anno 2020. Anche qui c'è una giustificazione, che è data dal fatto che, appunto, a causa della pandemia COVID-19 ci sono state le restrizioni per normativa. Quindi, dalla chiusura delle aziende, da chiusura delle mense, dalla chiusura, dalle restrizioni date anche proprio dall'obbligo per dire vaccinale. Quindi, questo ha comportato l'interruzione di inserimenti e chiaramente, piano, piano, nel 2021 poi sono ripresi e siamo ritornati ad un 60 persone appunto in inserimento socio-assistenziale. Per quanto riguarda la slide successiva, i dati sui senza fissa dimora: come si può vedere il dato maggiore è rappresentato nel Comune di Empoli, si parla di 128, appunto, persone, ma i dati che sono qui registrati sono quelli che corrispondono ai dati, dati dall'Anagrafe, rispetto a coloro che hanno una residenza fittizia. Quindi, è molto diverso rispetto invece al dato, che ha un punto interrogativo perché, purtroppo, è difficile andare ad intercettare coloro che sono senza fissa dimora, ma che non si sono mai rivolti né ai servizi o che, appunto, hanno una mobilità tale che non si riescano a quantificare. Però, appunto, questi sono i dati rispetto a quello che sono, appunto, le residenze fittizie. Come vedete, in alcuni comuni non ci sono e questo sarà uno di quegli obiettivi da raggiungere per riuscire a capire come poter rispondere anche negli altri Comuni, che vedete con un dato zero, a questo tipo di esigenza.

Per quanto riguarda le strutture dei senza fissa dimora, una delle strutture principali, appunto, è il Centro Emmaus di Empoli. In questo caso c'è stato un aumento a partire dal 2019 al 2021 degli inserimenti in struttura. Quindi, questo dato ci dice che comunque stanno aumentando le persone che richiedono una ospitalità. E stessa cosa ce lo dimostra il dato rispetto all'emergenza freddo, sempre portata avanti dalla Misericordia di Empoli a Casenuove, dove soltanto nel periodo che va

da novembre ad aprile 2022 sono state ospitate 55 persone. Quindi, se si pensa che 55 solo in questo periodo, chiaramente se si trasla su tutto l'anno, sicuramente, insomma, i numeri sarebbero molto più alti. Per quanto riguarda l'altro centro di accoglienza e quello che è nella zona del Valdarno, quindi a Santa Croce, la struttura è una struttura, appunto, più piccola rispetto a quella dell'Empolese. In questo caso si parla di 33 ospiti nell'anno 2021. E, inoltre, c'è una esperienza interessante, appunto, che si può avvicinare a quello che potrebbe essere un po' il discorso dell'housing in fest, di cui accennavo prima, che è questo appartamento gestito dalle Querce di Manner, in cui possono essere, sono ospitate al massimo 5 persone, la turnazione è stata di sette. Per cui, lì c'è una coabitazione vera di persone che provengono e provenivano da quelle che erano invece le strutture di accoglienza notturna. Quindi, sicuramente, questo di dice che ce la possiamo anche fare, no? Partendo all'inverso, quindi. Partiamo dalla casa e poi costruiamo anche il resto, no? Quindi, credo che questo sia poi il messaggio fondamentale. Infine, gli ultimi due dati, giusto per chiudere, sono quello rispetto alle richieste che pervengono da parte delle forze dell'ordine. Ci sono comuni, come vedete, che fanno maggiori richieste al servizio, chiedendo specifiche informazioni rispetto alla cittadinanza e, sicuramente, questo è un indicatore del tasso di fragilità sicuramente di questi Comuni e di questi territori. Vuoi anche perché, invece, ci possono essere, sono stati costruiti nel corso degli anni sicuramente dei rapporti tra servizi e forze dell'ordine che hanno dato, comunque, ecco, anche questa possibilità di confronto e di supporto reciproco. Infine, le amministrazioni di sostegno, è l'ultima slide. L'unico dato che mi preme sottolineare è il primo, quello rispetto ai senza fissa dimora e alle due richieste di nomina di amministrazione di sostegno. In questo caso è una di quelle situazioni che dicevo prima, quella che non si riesce ad intercettare prima, ma nel momento in cui c'è stato dei bisogni sanitari, importanti, e quindi la persona ha avuto delle patologie importanti, a quel punto il servizio ha fatto la sua presa in carico e ha potuto, quindi, conoscere la persona, riuscire a crearci un percorso, sicuramente in una prima fase all'interno di strutture, e quindi la necessità di procedere poi ad una richiesta di residenza fittizia e con la conseguente richiesta di nomina di amministrazione di sostegno proprio a tutela della persona che non ha nessuno. Grazie.

Alle ore 19,30 entra la Consigliera Rovai.

Parla il Presidente Mantellassi:

Grazie. Grazie Dottoressa Biagini. Do la parola alla Dottoressa Loredana D'Ermilis, responsabile dei servizi in favore delle persone con disabilità. Prego, Dottoressa.

Parla la Dottoressa Loredana D'Ermilis – Responsabile dei servizi in favore delle persone con disabilità:

Mi sentite? Sì. Grazie a tutti. Buonasera. Io sono Loredana D'Ermilis, quella con tante "i" e sono la responsabile dell'area dei servizi alle persone con disabilità, che è un'area nuova, ma non perché non esistessero prima le persone con disabilità, ma non esisteva un'area dedicata. E questo, sicuramente, è un valore aggiunto in questo settore. E' stata una creazione che, un'area che ha

prodotto poi un gruppo di lavoro, un gruppo di lavoro che, appunto, si sta specializzando proprio in questo settore. L'area interessa la popolazione che va, un target di popolazione dagli zero ai 64 anni, e sono persone, accedono a questi servizi persone con una certificazione 104 della Legge 104 del '92 e sia con un articolo 3, sia comma 1, sia comma 3. Che vuol dire questo per i non addetti ai lavori? Cioè sia persone che hanno un riconoscimento di handicap semplice, diciamo senza gravità, semplice non si dice, ma, e sia invece persone con gravità. Il territorio interessato, appunto, sono tutti i Comuni della SDS, quindi sono i 15 Comuni e la struttura organizzativa dell'area, se può passare l'altra..grazie. La struttura organizzativa dell'area prevede una distinzione fra la popolazione 0-15 anni o comunque fine della scuola, della ex scuola media, della scuola secondaria di primo grado, e l'altra divisione va dai 16 ai 64 anni, cioè dall'inizio della scuola superiore fino ai 64 anni. Perché questo? Perché il nodo critico nella presa in carico delle persone con disabilità sta proprio nell'uscita dalla scuola, no? Dall'ambito scolastico che è poi una criticità che riguarda tutti. E questo, il pensiero di organizzare e di strutturare l'area, diciamo la popolazione divisa in questi modi e non, in questo modo e non fra minori e adulti, sta proprio nel fatto di cercare di facilitare questa fascia, questo momento critico, dando almeno la stabilità e la continuità da un punto di vista sociale. Dico da un punto di vista sociale perché poi, di fatto, l'area, il sanitario necessariamente il servizio si interrompe, cioè cambia al raggiungimento della maggiore età, perché la neuro psichiatria infantile, gli specialisti della neuro psichiatria infantile prendono in carico la persona dalla nascita fino ai 17 anni, e quindi chiaramente questo steep ci viene a trovare necessariamente. L'idea che, comunque, l'assistente sociale, che di fatto rappresenta poi, nella maggior parte dei casi, se non in tutti il case manager, quindi il referente sia per la persona e per la famiglia, avesse comunque, garantisse questa continuità, ci è sembrato fosse prevalente. E poi, soprattutto, perché l'inizio della scuola superiore vuol dire anche uno sguardo su quello che possono essere le prospettive per il futuro della persona. Quindi, la possibilità, eventualmente, di inserimento nel mondo del lavoro, e quindi chiaramente questi argomenti sono più vicini alle assistenti sociali che si occupano, appunto, dell'area dei grandi. Noi, nella nostra area, parliamo di piccini e grandi per non distinguere fra minori ed adulti.

Dunque, si può passare all'altra slide. Dicevo, appunto, che in questo primo anno di attività il nostro impegno è stato quello di dedicarsi anche alla costruzione del gruppo di lavoro. Il gruppo di lavoro ha costruito delle attività definite perché noi ci occupiamo poi di progetti, sia regionali, sia appunto locali di interventi con le scuole. Quindi ci sono dei percorsi definiti e che hanno bisogno, appunto, di avere dei binari diciamo, delle strade definite. Ha acquisito un linguaggio omogeneo specifico perché, proprio perché in virtù del fatto di quella che è la normativa, che in questi ultimi anni si è evoluta soprattutto nell'ambito della valutazione e quindi della costruzione del progetto di vita, necessità anche di un linguaggio, che deve essere riconosciuto e che deve essere, diciamo, maneggiato, diciamo così, da parte di chi ci lavora. Ha raggiunto questo gruppo, in questo anno ha lavorato molto e ha raggiunto delle competenze proprie dei percorsi aderenti sia alle normative, che ai progetti regionali. E questo è un bagaglio di conoscenze e di competenze, che va di pari passo e che chiaramente non si interrompe.

Dunque l'attività, le attività, passiamo oltre grazie. Oh, dunque, le attività io ho fatto un po' un elenco della spesa, eh, in qualche modo, ma sono poi gli ambiti in cui le colleghe e i colleghi noi siamo impegnati. A partire da quelli che sono progetti regionali e quindi con dei fondi sia regionali che ministeriali, con dei fondi e quindi con dei portafogli, diciamo così, e che sono appunto il fondo

nazionale delle gravissime disabilità e la vita indipendente. Accanto alla vita indipendente da due anni esiste anche questo progetto in e out, che si riferisce, che ha comunque come valore quello di favorire l'autonomia delle persone, ma nel progetto in e out si pone più l'attenzione alle persone giovani. Quindi, in questi due tipi di progetti, che adesso sono valutati proprio nell'ambito della unità di valutazione multidimensionale della disabilità di cui parlerà poi la Dottoressa Salvadori, che ne è coordinatore, sono le nostre, gli assistenti sociali della mia area sono impegnati sia nella valutazione, sia poi nella definizione dell'erogazione del servizio stesso. I progetti personalizzati per minori con disabilità, quindi questo vuol dire una intensa collaborazione e condivisione e direi anche fatica perché non è un cammino semplice questo, con gli specialisti della neuro psichiatria infantile. E non solo, ma anche con gli attori come la scuola, come la comunità che presenta delle possibilità di inclusione e comunque di tutto quello che riguarda la vita di un minore perché noi sappiamo che un minore con disabilità è comunque un minore, come una persona adulta con disabilità è comunque una persona.

Le attività poi ricreative e di socializzazione, le vacanze disabili che, chiaramente, in seguito alla pandemia sono state tutte attività che sono state sospese e che ci auguriamo possono riprendere. L'assistenza educativa specialistica scolastica, che è un ambito nella realtà di questo Comune, diciamo, è in capo al Comune stesso, cioè nel senso che il Comune che ha degli appalti e che regola questo, però questo vuol dire una costante collaborazione con gli assistenti sociali, che poi hanno in carico le situazioni e che permette l'assistenza scolastica, l'assistenza educativa specialistica scolastica permette una migliore vita del bambino all'interno della scuola. E' una risorsa ulteriore rispetto a quella che è l'insegnante di sostegno e che comunque ha la finalità proprio di supportare e di continuare il lavoro, quello che in collaborazione con l'insegnante di sostegno e permette di fare una progettazione di inclusione più corposa, diciamo così, di quelle del numero di ore che possono essere limitate rispetto all'insegnante di sostegno.

Gli inserimenti socio-assistenziali, chiaramente che è quell'attività che fa sì che la persona con disabilità possa entrare in una sorta di scuola del lavoro eh, perché noi continuiamo a dire che l'inserimento fa capire anche alle persone non è un lavoro. Il cosiddetto gettone di presenza non è uno stipendio, ma è un percorso per far sì che la persona possa, diciamo, svolgere delle attività propedeutiche a quello che possa essere il lavoro, no? Come si sta poi nel mondo del lavoro, quali sono le regole, fare le cose insieme, lavorare insieme per un obiettivo, rispettare gli orari, rispettare delle regole di gruppo, di comunità, di lavoro.

Il progetto ADA che è, ho urlato scusate, non ho regolato la voce, il progetto ADA che è un progetto di adattamento delle abitazioni e quindi che vede una, anche qui una specificità e una collaborazione con professionisti di altri, di altri tipi di professionisti perché questo interessa anche gli architetti che fanno i progetti, diciamo il preventivo di spesa per poter fare fare queste attività e poi quello che è il servizio regionale, che fornisce, diciamo, in qualche modo la possibilità di costruire un progetto di questo tipo, di adattamento di quelle che sono le abitazioni. Anche questo, come tutti poi gli interventi sulla disabilità, prevedono una valutazione multi dimensionale. Che vuol dire? Una valutazione della persona sotto tutti gli aspetti della persona, sia sociale che sanitaria. L'abbattimento delle barriere architettoniche, che si rivolge anche questo alla funzionalità di quelli che sono gli ambienti domestici della persona. L'assistenza domiciliare, che vede interessato un tipo di assistenza che va più sulla cura della persona e dell'ambiente, a differenza, invece, dell'assistenza educativa domiciliare che è una novità come diceva la collega Biagini

ereditata, una buona prassi ereditata dal territorio del Valdarno, dall'ex zona del Valdarno e che è arrivata anche a noi, no? Cioè, in fondo, questa unificazione ci ha insegnato a mescolarsi ma a scambiarsi ciò che funziona. E quindi nella nostra realtà, negli anni precedenti, per un intervento educativo sui minori, sugli adulti non esisteva, sui minori si faceva, si andava a bussare in qualche modo al servizio minori e famiglie. E questo, però, invece, avere una risorsa ulteriore di questo tipo permette di poter costruire dei progetti specifici, personalizzati, ma specializzati, no? Perché gli operatori, che lavorano in questo ambiente, in questo settore, sono comunque operatori formati. Sono comunque progetti a termine, perché questo deve essere importante, non sono servizi che possono prolungarsi per il resto della vita, ma comunque hanno un obiettivo. I servizi semi residenziali e residenziali con i quali e noi è una realtà qui di cui ne siamo ricchi e con i quali le colleghe dell'area disabilità collaborano costantemente sul monitoraggio di quelli che sono gli obiettivi, di quelli che sono i progetti personalizzati di ogni ospite delle strutture. I trasporti sociali che, chiaramente, abbinato al discorso, a i servizi semi residenziali e residenziali, ma non solo perché si è aperta anche la possibilità di attivare dei trasporti per interventi riabilitativi a termine. Questo tipo di servizio è stato possibile, è stato implementato e migliorato sicuramente con la creazione di una centrale operativa unica e con la quale il rapporto è costante e diretto e quindi questo facilita il servizio. Il progetto del "dopo di noi", e che è un progetto regionale, ha visto..sono andata fuori tempo? No. Ha visto l'implementazione..

Parla il Presidente Mantellassi:

Diamo un altro minuto.

Parla la Dottoressa Loredana D'Ermilis – Responsabile dei servizi in favore delle persone con disabilità:

Sì. L'implementazione delle, di questa progettualità multidimensionale. Ora, le slide, gli schemi, come si dice, i grafici che vengono a seguire dimostrano in qualche modo quello che è la fetta, diciamo, più ricca che è quella della popolazione di Empoli, per quanto riguarda l'ambito della disabilità, ma quello che mi interessa, passi pure, grazie, alla seconda slide, è che in questo anno è stata, si è visto un aumento delle prese in carico delle persone con disabilità. E questo che vuol dire? Che la creazione e l'esistenza di un'area dedicata permette, favorisce, diciamo, la possibilità di progettare sulle persone. Poi, la slide successiva è, fa vedere un po' la sostanziale differenza, diciamo, di incremento fra quello che è la presa in carico dei minori e la presa in carico degli adulti. Infatti, come numero di assistenti sociali sono maggiori quelli che lavorano con gli adulti. E poi le slide a susseguirsi fanno vedere appunto un, perché ecco l'altro impegno è la partecipazione alle commissioni di accertamento dell'handicap della Legge 68 e fanno vedere come ci sono stati degli, fra incrementi e decrementi, rispetto agli anni passati, ma rispetto anche al discorso della pandemia. Basta. Io queste slide, questi grafici poi avete possibilità di vederli, non credo. Poi ci sono, ecco, sul discorso della vita indipendente, l'ultima slide, la vita indipendente e le gravissime disabilità anche qui si vede un aumento di quelli che sono stati i contributi erogati per questi due progetti. Potrà essere, sembrerà discordante con il grafico con i dati delle valutazioni, ma chiaramente questi

invece sono i contributi erogati, eh. Le valutazioni sono maggiori rispetto, come numero, di poco maggiori rispetto a questo. Grazie e scusate se sono stata confusiva, ma poi rispondo alle domande.

Parla il Presidente Mantellassi:

Grazie. No, no, capisco che in poco tempo raccontare la tanta attività non è facile, non è facile. Grazie Dottoressa D'Ermilis. Do la parola alla Dottoressa Giovanna Spanedda, responsabile dei servizi per anziani auto e non autosufficienti. Prego.

Parla la Dottoressa Giovanna Spanedda – Responsabile dei servizi per anziani auto e non autosufficienti:

Sì, grazie. Okay. Possiamo, è partito credo da quasi l'ultima. Può tornare indietro? Okay, okay. Bene. Bene, grazie. Allora, dunque i servizi per gli anziani. Possiamo scendere, questa è la slide di presentazione. Bene, questo è il dato demografico che ha già rappresentato il direttore. Passiamo a quelle successive, grazie. Questo è il dato relativo alla presa in carico dell'SDS. Anche questa l'ha presentata il Direttore prima però, come vedete, mi soffermo un attimo perché sul totale delle prese in carico complessive, è partita la slide. Allora, spero che ritornino perché io, purtroppo, contando sulla tecnologia. Eccoci. Bene, grazie.

Parla il Presidente Mantellassi:

Eccole, eccole.

Parla la Dottoressa Giovanna Spanedda – Responsabile dei servizi per anziani auto e non autosufficienti:

No ho il documento stampato con me, quindi o le slide o vado a memoria. Grazie. Allora, stavo appunto dicendo che questa torta rappresenta un po' la distribuzione della presa in carico che il nostro, che la Società della Salute ha rispetto alle tipologie, alle varie fasce di popolazione. E come vedete, lo spicchio della popolazione anziana è lo spicchio più grosso, ma per una semplice ragione: l'invecchiamento che sta caratterizzando, l'invecchiamento demografico che caratterizza l'intera Italia, sta interessando anche la nostra zona. E conseguentemente la necessità di prestazioni di assistenza sanitaria e sociale è molto più forte su questa popolazione, su questa parte di popolazione rispetto al resto. Possiamo continuare. Grazie.

Questo è sempre un grafico che ci rappresenta il trend crescente della presa in carico, in linea con quanto si stava dicendo prima, su questa fascia di popolazione, vedete sul triennio. Possiamo passare alla slide successiva. Grazie. E' una rappresentazione per ambito comunale. Possiamo proseguire. Ecco, allora soffermiamoci un attimo sulle attività specifiche del servizio. Le attività possono essere complessivamente ricondotte a quattro ambiti fondamentali: l'ambito dei percorsi

assistenziali, dei percorsi rivolti alla popolazione non autosufficiente, e in questo ambito l'attività del servizio è una attività essenzialmente di valutazione della condizione di bisogno e della condizione di gravità della non autosufficienza. Sono attività che si stanno strettamente in relazione con l'attività dell'unità di valutazione multidimensionale e all'interno della quale il servizio partecipa con figure dedicate nelle fasi delle sessioni di valutazione. Quindi, dicevo, l'apporto del servizio sociale professionale a questi percorsi è quello della valutazione socio-ambientale e socio-familiare, la partecipazione alla definizione del piano assistenziale personalizzato, alla condivisione di questo progetto assistenziale con i familiari, alla sua attuazione e al suo monitoraggio. L'altro ambito di intervento è quello delle azioni di sistema a supporto dei servizi per la non autosufficienza. E' fondamentalmente una azione orientata alla garanzia della continuità assistenziale e che si esprime attraverso il raccordo con le strutture residenziali e semi residenziali, in raccordo con l'Agenzia di continuità, ospedale territorio per la facilitazione e la gestione delle dimissioni quando le persone, quando l'anziano non può rientrare al domicilio. La partecipazione all'attuazione del Piano Regionale delle Demenze attraverso un raccordo con la geriatria e con le associazioni che sul territorio svolgono una funzione di advocacy particolare rispetto a questa tipologia di utenza. E poi la gestione specifica del progetto HCP, che è un progetto specifico, gestito da INPS e con il quale gli ambiti territoriali possono fare convenzioni, come nel caso dell'SDS per l'attuazione di servizi integrativi rispetto alle prestazioni economiche erogate dall'INPS stessa.

L'altro ambito di attività è quello del sostegno alle fragilità economiche e sociali espresse anche dalla popolazione anziana e, ovviamente, si sostanzia nella valutazione della condizione di bisogno, personale e familiare, nella definizione del Piano di Intervento e nella sua attuazione e monitoraggio. Sempre in quest'ambito si ha, in forma differenziata, a seconda dei diversi ambiti territoriali, il raccordo con le organizzazioni di volontariato e le associazioni territoriali per la gestione di interventi integrativi agli interventi istituzionali che noi svolgiamo. L'altra attività è quella della progettazione o co-progettazione orientata sempre all'attivazione di interventi di supporto alle autonomie e alla socializzazione della popolazione anziana. L'altro importante ambito e ultimo ambito di intervento è quello della tutela. Tutela, che si sostanzia nella segnalazione all'autorità giudiziaria delle notizie di reato, in caso di maltrattamento, violenza o abuso. Nell'attività di indagine svolta su richiesta dell'autorità giudiziaria e delle forze dell'ordine e nella attività di presentazione di ricorsi al tribunale ordinario per l'apertura di amministrazione di sostegno nei casi in cui l'anziano non abbia familiari di riferimento.

Allora, possiamo passare alla slide successiva. Allora, qui facciamo un breve focus sulle prestazioni che vengono erogate nell'ambito del fondo per la non autosufficienza e quindi abbiamo l'area della domiciliarità con i contributi per gli assistenti familiari, quindi per aiutare le famiglie nel sostenere la spesa. Il contributo al care giver, l'assistenza domiciliare diretta. Abbiamo poi l'area della semi-residenzialità con la frequenza dei centri diurni, dedicati, appunto, alle persone non autosufficienti e l'area della residenzialità temporanea, che prevede ricoveri temporanei e i ricoveri temporanei di sollievo. Abbiamo poi l'area della residenzialità permanente. Possiamo ancora scorrere. Grazie. Allora, le altre prestazioni utili per la definizione dei piani di assistenza personalizzati a favore della non autosufficienza sono costituite negli ultimi anni, in modo particolare, da prestazioni aggiuntive, che noi possiamo mettere in campo per questo tipo di progetti, e che derivano dai fondi sociali europei. Non si tratta di prestazioni a carattere continuativo, come dicevo prima sono legate alla progettualità, ma sono un contributo importante e si caratterizzano per contributi per l'assistente

familiare, pacchetti di assistenza domiciliare, costituiti di prestazioni di OSS, fisioterapia o interventi educativi e servizi di supporto alle famiglie dei malati di Alzheimer o con disturbi cognitivi. E quindi nel caso di specie le prestazioni sono, consistono nel “Caffè al Alzheimer” nell’Atelier Alzheimer e nel (parola non comprensibile) Alzheimer.

Possiamo passare alla slide successiva. Anche nei confronti della popolazione anziana abbiamo interventi di contrasto al disagio sociale ed economico con interventi economici di sostegno al disagio abitativo, con interventi economici di sostegno al disagio economico temporaneo, e con interventi economici di carattere continuativo laddove la situazione di fragilità economica è più strutturata. Possiamo passare alla slide dopo, successiva. Ecco, questa è una rappresentazione dell’andamento della prestazione dei contributi per assistente familiare nel triennio 2019-2021. Qui l’andamento è, vedete c’è una, non è omogeneo per tutti gli ambiti comunali, però, in generale, si registra una tendenza alla riduzione rispetto, nel corso del triennio. La ragione di questa cosa è riconducibile a quello che vi dicevo prima: queste sono le prestazioni, questo grafico rappresenta le prestazioni erogate all’interno del fondo dedicato alla non autosufficienza, ma noi in questo triennio abbiamo potuto fare riferimento a quei buoni FSE, a quelle prestazioni FSE che dicevo prima. E quindi, cioè, è chiaro che l’incidenza sul fondo è diminuita.

Possiamo andare alla slide successiva. Stesso ragionamento per il contributo al care giver. In questo caso l’intervento del fondo sulla non autosufficienza è stato compensato dai contributi su disabilità gravissime, che hanno interessato anche la popolazione anziana non autosufficiente. E possiamo ancora proseguire. Ecco, questo è la rappresentazione del trend della frequenza dei centri diurni. I centri diurni anziani, come del resto anche l’assistenza domiciliare sono servizi che hanno risentito tantissimo della pandemia. I centri nello specifico sono stati chiusi subito a marzo del 2020, e sono stati riaperti solo recentemente. Quindi, questo dato è un dato oggettivo. Riaperti recentemente con una riduzione del numero dei possibili frequentanti in ragione delle misure anti-COVID che devono essere rispettate. Possiamo proseguire. Ecco, questo, invece, è il trend degli inserimenti vitalizi o a tempo indeterminato in struttura. Anche qui, anche qui questi dati vanno visti in ragione della presenza del COVID, che ha condizionato molto anche la disponibilità delle famiglie ad accedere alle strutture anche quando poi siamo ripartiti con l’apertura. Possiamo scorrere ulteriormente. Ecco, queste sono le prestazioni domiciliari relative all’anno 2021, distinte per interventi socio-assistenziali che sono quelli che, sono le prestazioni domiciliari che si erogano a favore degli anziani autosufficienti o con iniziale fragilità. Questi sono interventi che ricadono sul finanziamento sociale, sul budget di fondo sociale e sono 302 nell’anno. Gli interventi socio-sanitari per gli anziani non autosufficienti, che ricadono nelle prestazioni fondo, come vedete, sono 372. Il servizio di assistenza domiciliare in presenza di dimissione ospedaliera vedete registra il numero maggiore di beneficiari, ma anche perché nei primi due casi si fa riferimento a prestazioni che hanno un carattere continuativo. Nel caso delle dimissioni ospedaliere sono pacchetti che per la durata, hanno una durata massima di una settimana 15 giorni. Sono finalizzati a sostenere la famiglia nella gestione dell’anziano al momento in cui rientra al domicilio. Quello è il totale, poi abbiamo nell’ultima colonna il totale complessivo dei beneficiari.

Possiamo scorrere. Ecco, allora l’organizzazione. L’organizzazione del servizio si basa sulla presenza del responsabile del servizio. Abbiamo poi due referenti UVM. Ci sono le due colleghe dedicate, che vi dicevo prima, no? Che partecipano costantemente alle sedute di valutazione dell’UVM e che svolgono anche una funzione di raccordo e coordinamento nei confronti dei gruppi

di assistenti sociali, che stanno sul territorio. Quindi, è una funzione di filtro rispetto alle situazioni, che arrivano in UVM, ma anche di restituzione rispetto ai progetti che vengono elaborati. C'è poi una collega, che svolge una funzione di referente per tutto il tema delle demenze e dell'Alzheimer, che ha una funzione di raccordo con la geriatria e la neurologia e l'UVM per la definizione ed attuazione dei progetti personalizzati. Vediamo, inoltre, scorriamo. Eccoci. Questa è la rappresentazione grafica di quello che vi ho appena detto. I due gruppi di lavoro territoriali si riferiscono il primo al Comune di Empoli e ai Comuni limitrofi. E il secondo gruppo, invece, si riferisce ai Comuni della Valdelsa e del Valdarno. Questi due gruppi di lavoro hanno bacini di utenza che si equivalgono, grosso modo, e quindi è stata questa la decisione.

Credo di essere alla fine. Vediamo un attimo. E infatti. Ho terminato. Grazie.

Parla il Presidente Mantellassi:

Grazie. Grazie Dottoressa Spanedda. Do la parola per l'ultimo intervento alla Dottoressa Elisa Guerrieri responsabile dell'Unità Funzionale Servizio Sociale Territoriale della ASL. Prego, Dottoressa.

Parla la Dottoressa Elisa Guerrieri – Responsabile dell'Unità Funzionale Servizio Sociale Territoriale della ASL:

Sì, mi sentite?

Parla il presidente Mantellassi:

Aspetti eh, le accendo il microfono. Grazie.

Parla la Dottoressa Elisa Guerrieri – Responsabile dell'Unità Funzionale Servizio Sociale Territoriale della ASL:

Pronto? Sì, ci sono. Buonasera a tutti. Io, appunto, sono Elisa Guerrieri e sono l'Unità Funzionale del Dipartimento di Servizio Sociale della ASL Toscana Centro e lavoro insieme ai miei colleghi responsabili di area in integrazione di intreccio a quello che è questo lavoro e proverò a spiegarvi un pochino in che modo. Allora, all'interno, si può se possono essere proiettate le slide, grazie. Se è possibile, sennò parlo a ruota. Va beh, comincio e se poi partono mi provo a guardare.

Allora, all'interno della Società della Salute, come diceva il Direttore Franco Doni, l'Azienda ASL Toscana Centro costituisce per costituzione giuridica il 33% e il Dipartimento di Servizio Sociale, appunto, della ASL si occupa in particolare di tutta quella che è l'alta integrazione socio-sanitaria attraverso attività di rafforzamento, appunto, delle pratiche professionali, volte a garantire l'esigibilità dei diritti delle persone, supporto alla formazione, ai processi della qualità dei servizi e dei percorsi della qualità professionale. Si occupa di costruire una metodologia professionale

unitaria del servizio attraverso la costruzione di strumenti metodologici, professionali, implementazione dei sistemi informativi per la documentazione del servizio sociale, professionale dei flussi informativi. Il Dipartimento di Servizio Sociale ha anche la particolarità al suo interno di avere la gestione diretta di alcune strutture socio-sanitarie all'interno della nostra zona, che sono particolarmente tante, appunto, rispetto ad altre zone della Toscana Centro e attraverso, appunto, l'espressione di una direzione diretta o l'espressione della direzione esecutiva del contratto, di strutture residenziali e semi residenziali per persone disabili e di strutture residenziali e semi residenziali per persone anziane. Ecco, questo è quello che vi ho già detto, ecco siamo qua, appunto, alle strutture. Qui vedete l'elenco delle strutture a gestione diretta e che fanno riferimento, fanno direttamente riferimento al dipartimento di servizio sociale.

Possiamo andare avanti. Allora, questo intreccio fra dipartimento e zone e Società della Salute è una alleanza appunto fra queste due strutture strategica fra l'azienda e la zona. Il partner fondamentale dei direttori di dipartimento sono appunto i direttori fra i direttori di zona dell' SDS di zona e l' SDS. Il direttore di zona, appunto, dell' SDS è il responsabile delle regolazioni e dei servizi e insieme ai direttori di dipartimento ha il compito di tracciare la rete dei servizi e definire gli standard secondo questi accordi. Diciamo un pochino, per semplificare, che il Direttore deve dire che cosa, dell' SDS, che cosa deve essere fatto, mentre la parte diciamo aziendale dovrebbe dire il come, eh, rispetto anche un po' alle azioni che vi elencavo nella pagina precedente. Questo insieme è, questa, diciamo, questa organizzazione fa sì che dovrebbe poi costituire una risposta omogenea e diffusa sul territorio seguendo un po' le specifiche territoriali. L'unità funzionale, che, appunto, è la mia figura, afferisce appunto alla zona dell' SDS, come è previsto dalla normativa, e mantiene una linea gerarchica all'interno del proprio dipartimento e quindi, come vedete, la mia funzione ha una corrispondenza verticalmente gerarchica all'interno del dipartimento dell'azienda, ma si interseca matricialmente con la zona in quello che viene chiamato, appunto, un rapporto di tensione organizzativa, cioè fra questi due poli, per costituire proprio e fare in modo che questa integrazione avvenga. Si può andare avanti. Il mandato del servizio sociale professionale in sanità, in particolare, se lo ricicla dovrebbe apparire tutto, si occupa di attivare e prendersi cura delle reti di sostegno per favorire sia i processi di integrazione interna all'azienda, quindi fra ospedale e territorio, ma anche esterna, enti locali, privato, terzo e quarto settore, promozione e sostegno dell'integrazione e dell'inclusione delle persone, potenziamento, estensione e riqualificazione delle risorse sulla base dei bisogni espressi dai target di popolazione del territorio, valorizzazione del volontariato del terzo settore, promozione delle pari opportunità, innovazione e sviluppo e tutela e promozione e accompagnamento nei percorsi socio sanitari integrati di tutela. Possiamo andare avanti. Questo, che abbiamo enunciato diciamo da un punto di vista teorico, proviamo a perseguirlo anche, appunto, attraverso proprio il modello organizzativo che abbiamo deciso di tenere. Le assistenti sociali del Dipartimenti di Servizio Sociale sono 36 unità, c'è un errore di trascrizione, e operano sia all'interno della Società della Salute, come vedete 16 unità si trovano all'interno della Società della Salute nelle aree che i colleghi hanno descritto, sia alcune svolgono funzioni soltanto all'interno delle materie di competenza della zona e quindi del servizio sociale ad alta integrazione, quindi ci sono colleghi all'interno dell'ACOT, dell'Agenzia Continuità Ospedale Territorio e con proiezioni anche nel nostro hospice . Poi ci sarà il Dottor Giraldi che, come coordinatore dell'ACOT, che ci racconterà poi nello specifico l'attività. All'interno del servizio, insomma, del servizio dipendenze, all'interno della salute mentale e della REMS, all'interno del Consultorio dove ci sono anche le referenze della progettualità del Codice Rosa e Mamma Segreta, con la collega che

dopo ne parlerà, e all'interno delle commissioni medico legale. Come vedete ci sono delle unità che lavorano sia per l'SDS che per la zona, vi faccio un esempio: ad esempio nella disabilità i colleghi della ASL, che lavorano nel settore disabilità, alcuni di loro garantiscono la loro presenza all'interno delle commissioni di accertamento della Legge 104, che ha una competenza invece che sarebbe una competenza esclusivamente aziendale. Questo modello organizzativo, che abbiamo, come dire, attuato anche in maniera piuttosto complessa, ma l'abbiamo visto un po' come la risposta, appunto, a quell'organizzazione matriciale, a questa garanzia di integrazione e vedere il bisogno della persona a 360 gradi. E dieci unità, appunto, sono attività che riguardano esclusivamente la zona distretto.

Si può andare avanti. In particolare, in riferimento alla normativa, è una attenzione particolare all'introduzione che c'è stata nel Piano Sanitario e Sociale integrato della Regione Toscana 2018-2020, dove ai PDTA, di cui si parlava fino al Piano Socio Sanitario precedente, è stata aggiunta una S. Quindi, da percorsi diagnostico terapeutico assistenziali, sono diventati percorsi diagnostico, terapeutici assistenziali sociali. Questo arricchimento di questa S, che ci indica, appunto, questo obbligo di integrazione dei percorsi assistenziali con le valutazioni della sfera sociale, e questa S diventa un vero e proprio valore all'interno dell'esperienza dell'integrazione delle Società della Salute. Possiamo andare avanti. Nella nostra zona abbiamo individuato come percorso diagnostico terapeutico assistenziale alcune direttive, appunto, metodologico-professionali di supporto al lavoro professionale dei colleghi in tutte le aree, e sono questi PDT-ASS, che vedete qui elencati.

Si può andare avanti. Quindi, noi cerchiamo di costruire un servizio sociale integrato in tutte le sue attività, per quella che noi vogliamo che sia proprio una presa in carico globale del cittadino. Le parole chiave del nostro lavoro su questo tema sono la multidimensionalità, la multi professionalità, progetti integrati fra tutti i professionisti e percorso tempo dipendenti, ad esempio il ricovero ospedaliero dove una persona, appunto, ha una presa in carico per una parte di tempo, però c'è un prima e c'è un dopo come diciamo noi. Cioè la persona è lì in quel momento, ma ha una storia prima e una storia dopo.

Avanti, grazie. L'integrazione socio-sanitaria se manca l'intervento inefficace. Ecco, l'integrazione socio-sanitaria è quell'ingrediente che fa sì che l'intervento riesca in qualche modo. Quindi, ho provato un po', come dire, a dare delle immagini di quella che può essere l'integrazione socio-sanitaria, quell'ingrediente che nella torta serve perché se non ci si mette la farina magari quel dolce lì poteva essere buonissimo, ma, poi, non ha il risultato sperato. Grazie a tutti davvero per l'attenzione, che credo sia difficile, vista l'ora.

Parla il Presidente Mantellassi:

Grazie. Grazie Dottoressa Elisa Guerrieri. Abbiamo concluso la parte degli interventi. Gli interventi di questa prima parte che, appunto, era piuttosto corposa. E quindi ringrazio anche chi è intervenuto, non solo per la presenza, ma anche per la capacità di condensare tanti contenuti e tanto lavoro quotidiano in poco tempo e quindi non era, non era facile.

Lascio la parola alle domande. Se ve ne sono. Facciamo come abbiamo fatto in passato, insomma, altre volte, raccogliamo le domande e poi, magari, se chi fa le domande la rivolge anche

direttamente ad una delle relazione avvenute, così, magari, è più facile coordinarsi per la risposta. Beatrice Cioni. Prego.

Parla il Consigliere Cioni B.:

Non è facile fare le domande perché abbiamo, ovviamente, gli argomenti sono tanti, diversi e le slide, le relazioni le abbiamo ascoltate stasera, non abbiamo avuto. Quindi, cerco di recuperare. Allora, no la prima. Mi dispiace ma. Allora, intanto, una domanda in generale rispetto all'esposizione dei dati. Noi avevamo avuto il Bilancio, ora vediamo anche un po' di numeri. Però, per capire la situazione di bisogno, avremmo bisogno anche di capire per esempio non autosufficienza, ma per dirne una, noi sappiamo quante sono le prestazioni, capire, per esempio, quante sono state invece le domande, quante sono le domande inevase, quali sono le motivazioni. Per esempio, c'è stata una diminuzione dei ricoveri in RSA, sono considerati anche quelli come ricoveri anche i cittadini che pagano privatamente? Che si avvalgono privatamente delle RSA? Quanto dura? Quanto tempo le persone stanno in lista d'attesa, sia per le RSA che per i servizi in generale, in generale per i servizi. E poi una declinazione dei servizi domiciliari. C'è scritto quanti sono i servizi domiciliari erogati, oppure quanti sono gli assegni. Ovviamente per capire che tipo di intervento è, quanti sono gli assegni per l'assistente, il contributo per gli assistenti familiari o il contributo per il care giver, c'è bisogno di sapere l'importo. Quanto dura nel tempo tipo l'assistenza domiciliare, che tipo di intervento è. Che succederà quando alcuni interventi finanziati con il fondo sociale europeo si esauriscono, se è prevista una continuazione, per esempio. Per quanto riguarda il Piano Nazionale Demenze e quindi la declinazione regionale, il Piano Regionale Demenze. Si è parlato, la Dottoressa ha parlato di un rapporto con geriatria, volevo capire se c'era anche un rapporto con il CDCD. Come funziona da noi il CDCD, che rapporti ha appunto con il territorio e con il sociale. Quanto tempo è aperto, se c'è una reciprocità, voi mandate persone al CDCD segnalate anche, c'è una presa in carico, per esempio, delle famiglie dei care giver ecc. Un'altra cosa: no, un'altra cosa invece sugli adolescenti. E' un tema che più volte abbiamo sollecitato. C'è una, come voi saprete, c'è una grossa, una grande attenzione della nostra amministrazione, della Giunta, insomma condivisa anche con il Consiglio rispetto all'infanzia e più volte, non solo noi dell'opposizione eh, è una criticità rilevata anche dalla maggioranza, proprio per la difficoltà del mondo dell'adolescenza, che però tutti vediamo particolarmente sofferente, in particolare dopo questa, dopo questa pandemia, ma insomma si capisce. E rispetto a questo ci veniva un po' a mente una cosa, anche rispetto ai dati importanti che lei ci ha dato: per esempio, ora dico una cosa che è più un intervento che una domanda, però quando è nata la Società della Salute, quando è nata agli albori, insomma, ci sembrava che la politica tentasse di ridefinire il concetto di salute, reintroducendo anche tutti quelli che sono i determinanti. Ora, sugli aspetti, ora invece, è stata ridefinita, ridisegnata la Società della Salute ed è più un gestore o anche al livello di programmazione, ma delle, degli ambiti di integrazione socio-sanitaria. E tutta la parte che invece riguardava, per esempio, una città come, insomma quelli famosi determinanti sociali di salute, non hanno più la lettura trasversale che meriterebbero. E allora una domanda rispetto a queste criticità, dei minori in genere, degli adolescenti in particolare. Voi, ovviamente, prendete in carico soprattutto le criticità. C'è un rilievo, per esempio, se vengono da situazioni abitative marginali, dalla stessa area, dalle stesse scuole. Quindi, una sofferenza che, magari, è legata anche ad altri determinanti, appunto. Su cui, forse, varrebbe. Quindi, vorrei un livello di analisi non tanto sul

numero di prestazioni, ma una analisi più trasversale. Infine, una domanda sui senza tetto. Anche questo si sa che è una, è un tema emergente, emergente ormai da un po' di anni, ma sicuramente notevolmente peggiorato contemporaneamente ad un peggioramento della povertà di tutti, diciamo, quindi ancora più difficile, insomma, banalmente. Se uno vive di elemosine, ora ha anche meno elemosine perché c'è una situazione generale e quindi anche di interventi. Noi, più volte, ma insomma consapevoli delle difficoltà, abbiamo proposto di seguire le linee guida della conferenza Stato Regioni, che già anni fa stabilivano, però mi pare ci si arrivi ora con questi progetti, con questa nuova progettualità introdotta dal PNRR, luoghi aperti permanentemente perché la situazione di, cioè doversi, dover conquistare la fiducia anche di persone che per scelta, per disagio, per patologia hanno una vita di marginalità estrema. E quindi così come, insomma, funzionavano le operatrici di strada per le vittime della tratta, no? Questo bisogno di, eh. Ci sembra che questa progettualità vada in questa direzione, però lo chiedo per conferma. L'altra cosa, però, c'è già un, volevo sapere perché più volte si è chiesto anche in Comune: chi usufruisce dell'emergenza freddo, si riesce a stabilirci un rapporto? A chiedergli, per esempio, dove vanno a dormire quelle altre tre stagioni dell'anno? L'Emporio Solidale. I senza dimora possono usufruire dell'Emporio Solidale. Tutte modalità, a nostro avviso, che servono per conquistare quel rapporto di fiducia che è essenziale. Poi, non sempre, purtroppo, sufficiente, ma per uscire dalla marginalità. Ora, mi pare che non ci abbia altre domande, ma non sono così sicura, perché ho una scrittura un po' disgraziata e non ci rileggo. Per cui, mi riservo, caso mai, se ritrovo degli appunti, di farne altre. Grazie.

Parla il Presidente Mantellassi:

Puoi, eventualmente, richiedi la parola, tanto si può riintervenire liberamente. Intanto, si va avanti con le domande. Ho Poggianti.

Parla il Consigliere Poggianti:

Grazie Presidente. Grazie a tutti i relatori, che sono intervenuti e in seguito intervengono anche per l'entusiasmo che profondono nel comunicarci la serie di progetti sul nostro territorio. E ho anche modo di complimentarmi su un elemento non di poco conto, cioè la visione non di contingenza dei vari bisogni del territorio, ma di una progettazione ad ampio spettro e ad ampio anche lungimiranza. Detto questo, proprio per la totalità degli aspetti toccati, dei temi toccati stasera, almeno in questa prima fase degli interventi, mi sovengono alcune domande e riflessioni da fare insieme, frutto anche di una elaborazione di proposte, di atti di indirizzo giunti dal nostro gruppo consiliare di Fratelli d'Italia Centrodestra per Empoli. Andrò per progressione temporale, partendo dall'infanzia per concludere le riflessioni/domande sulla età avanzata, quindi il fine vita. Innanzitutto, su una domanda specifica relativa all'incentivo alla natalità. Quindi, come la nostra Società della Salute, della cui nascita, invece, il nostro gruppo consiliare ha sempre dubitato la necessità, soprattutto nel suo accorpamento con quella Valdarno e su cui tuttora nutriamo delle perplessità metodologiche oltre che economiche, la domanda invece è relativa su quali siano gli investimenti ad oggi per incentivare la natalità o seguire tutte quelle donne, che si avvicinano anche ad un percorso di aborto o di consulenza in merito a se intraprendere questa scelta o invece non opzionarla. L'altra, invece, domanda è conseguente ed è collegata ad alcune occasioni di violenza. Violenza contro le donne,

quindi violenza di genere. Se avete anche voi riscontrato la insufficienza del fondo delle vittime di genere, che quindi il fondo stanziato che, se non erro, è di circa 3.600 euro una tantum dato dallo Stato e che pertanto le donne stesse, che vengono aiutate in un primo momento ad uscire da un circolo, un cerchio vizioso, un circolo vizioso di anche di violenze domestiche in molti casi, come sono aiutate nella fase poi successiva per, veramente, affrancarsi da questa situazione di disagio. Arrivo all'età adolescenziale. Il nostro gruppo consiliare ha avuto il merito tramite la collega Di Rosa, ma anche delle altre colleghe di maggioranza, ricordo la collega D'Antuono ed altri, firmatari, la collega Cioni, firmatari di una mozione, che andava nella precipua direzione di contrastare ogni tipo di droga. Quindi, contro qualsiasi diffusione di droga e soprattutto nella direzione di estirpare questo cancro dalle scuole e comunque anche dal nostro tessuto giovanile. Se e come viene tradotta, è stata tradotto questo impegno al livello poi di società della salute, e quindi al livello di area vasta, quindi di ambito, perché se gli impegni assunti devono essere presi in modo ferreo e quasi irremovibile, degli imperativi categorici su cui tutti noi concordiamo, bisogna anche poi vedere il lato pratico cosa e come viene fatto. Arrivo, invece, alla fase finale, o comunque nell'ambito delle persone non autosufficienti, delle persone anziane, tema che mi tocca anche direttamente per esperienza familiare: quanto, in realtà, gli incentivi, gli aiuti e sono anche convinto della domanda, che sto ponendo essere in parte retorica perché so già la risposta essere negativa perché insufficiente purtroppo l'aiuto, quanto può essere decisivo ed integrativo l'aiuto della Società della Salute nei progetti di aiuto badante, nei progetti di assistenza alla persona. Perché per persone non autosufficienti, per persone anche anziane mi rendo conto che anche i servizi accessori, che vanno dall'OSS o che vanno alla fisioterapia, ad oggi, nella nostra ASL, nel nostro ambito, vi sono ancora delle serie limitazioni per una assistenza domiciliare. Come anche le visite geriatriche, non avvengono al livello domiciliare. Spingendo quasi il malato, non abbiente, o ad indebitarsi per accedere alla sanità privata, o a dilapidare il proprio patrimonio per gettarsi nella sanità privata. Lo ripeto, lo dico con cognizione ampia di causa ed esperienza personale perché non esiste geriatra, OSS, se non determinate ore vincolate, o fisioterapista che ti venga a casa a fare una assistenza domiciliare ad un malato a letto. E questo è un grave limite per una assistenza ad una persona non autosufficiente. Quindi, ben conscio delle limitazioni, che presumo non siano negabili, qual è lo sviluppo verso cui la Società della Salute intende andare, e soprattutto se, e qui arrivo alla conclusione della riflessione sul PAP e quindi sul contributo badante, se ancora oggi sia attuale e veritiero o invece inverecondo, utilizzo questo gioco di parole, il riferimento dell'ISEE. Perché offro questa valutazione e questa riflessione a favore di tutti: l'ISEE mi dà un quadro falso e falsato della realtà economica di una famiglia. Perché nell'ISEE mi si conteggiano proprietà o conti correnti o entrate senza anche valutare che esse possano essere oggetto di cessioni del quinto, pignoramenti, indebitamenti precedenti. Quindi, mi fanno una fotografia irrealistica della situazione economica di una persona. Questo fa sì che le persone, che hanno più bisogno, accedano ad un servizio integrativo, sotto forma di assistenza o di benefici economici insufficienti o in maniera ridotta o comunque il parametro economico, che sappiamo bene essere calmierato e calibrato sull'iso-gravità, quindi sui cinque punti di iso-gravità, in ogni caso mi contrasta sempre ai fini dell'accesso il parametro dell'ISEE. Quindi, la domanda ultima che pongo è: quale è lo strumento che ci consenta oggi di andare oltre il parametro ISEE e se è stato valutato e se verrà valutato dalla Società della Salute, invece di fare, tenere come riferimento più che l'ISEE, come avviene, per esempio, in tribunale, per quanto concerne la sezione lavoro, non dell'ISEE, ma dei redditi complessivi, del reddito lordo, che questa fa una netta differenza e quindi fa emergere ancora in maniera più lampante le difficoltà economiche che possono nascere e ci sono sul territorio. Grazie.

Parla il Presidente Mantellassi:

Grazie Consigliere Poggianti. Non ho altri interventi, domande/richieste. Falorni, prego.

Parla il Consigliere Falorni:

Sì, grazie Presidente. No, solo una domanda semplice e diretta alla Dottoressa Biagini che, prima, tra le varie cose, tra le varie azioni di sostegno anche a famiglie in difficoltà, insomma, aveva accennato ad un po' di cose, tra cui, anche se non mi sbaglio i buoni spesa. Volevo sapere un attimo al livello complessivo, qui anche nel Comune di Empoli, quanti ne erano stati poi erogati a favore di chi, appunto aveva fatto domanda e ne aveva bisogno. Grazie.

Parla il Presidente Mantellassi:

Grazie Consigliere Falorni. Non ho altre domande. Quindi, io inizierei le fase di risposte, dando la parola al Direttore Franco Doni. Prego.

Parla il Dottor Franco Doni – Direttore della Società della Salute:

Sì. Allora, io ho cercato, a mia volta, si segnare le domande, spero di essermele segnate tutte, caso mai se ne dovessi saltare qualcheduna segnalatemelo. E non risponderà ovviamente a tutte io, cerchiamo, come dire, di rispondere sulla base di, anche un pochino delle competenze che sono richiamate in causa. Ad alcune domande credo che si debba rispondere dopo avere ascoltato alcuni interventi successivi che entrano nel merito di alcune richieste. Sarà, eventualmente, in quel momento che potranno essere riformulate e magari meglio calibrate, perché, sennò, si rischia di entrare in argomento di cose che poi vengono messe a disposizione dei Consiglieri. Quindi, per rispondere alle domande della Consigliera Cioni, però la prima sul Bilancio bisogna che la risenta perché è l'unica che non mi ricordo che cosa voleva dire. Scusa, Beatrice, una cortesia, la prima sul Bilancio, ma solo perché non mi sono segnato.

Parla il Presidente Mantellassi:

Prego.

Parla il Consigliere Cioni B.:

Non te la sei segnata te, ma nemmeno io.

Parla il Dottor Franco Doni – Direttore della Società della Salute:

Ecco, bene, allora per il momento la saltiamo, poi me la ridici. Invece, la questione della non, la seconda non autosufficienza, liste d'attesa, servizi domiciliari, importo contributi e l'assistenza domiciliare e poi i buoni FSE. Allora, intanto, diciamo così, il mondo della non autosufficienza è, appunto, regolato attraverso una Legge Regionale, e quindi, di conseguenza, noi ci muoviamo in un contesto che non siamo del tutto liberi ed autonomi di determinare. Questo, diciamo, è una anticipazione anche alla risposta per il Consigliere Poggianti rispetto all'ISEE. Noi non abbiamo la facoltà di trovare una soluzione o una forma differente di valutazione della disponibilità dei nuclei familiari, perché sono regolati dalla legge regionale. L'ISEE è indicato dalla Legge Regionale 66 come il, diciamo, il fattore che esplica, esplicita poi la legge sull'ISEE sapete che ha avuto delle modifiche nel tempo, quindi si è chiarito il concetto di nucleo ristretto, di nucleo familiare e a seconda del tipo di prestazione si applica un certo calcolo, ma è vero che quello è, come dire, è un sistema che ha una sua rigidità e che dà certe risposte e qualche volta può capitare che questa risposta non corrisponda, diciamo, esattamente a quella che è la condizione di coloro che vengono valutati. Tuttavia l'ISEE non è mai, non sarà mai un motivo per accedere. E' caso mai un motivo per avere graduata una prestazione in termini economici, ma non esclude l'accesso. Quindi, non è che si, non entra nel sistema dei servizi..(VOCI FUORI MICROFONO)..sì, dopo. Se non c'è un ISEE adeguato. Per quel che riguarda le liste d'attesa, noi, al momento, abbiamo osservato nel corso degli ultimi due anni, ovviamente un fenomeno di parziale riduzione della, è stato anche illustrato, di parziale riduzione dell'accesso, dell'accesso alla valutazione. E perché nelle fasi pandemiche, oltre alle chiusure delle strutture, che non ammettevano più persone e di conseguenza anche la lista d'attesa, che era relativa all'accesso in RSA si è ridotta, oggi noi abbiamo circa 20 persone, eravamo, diciamo, abbiamo toccato anche punte di 70-80 persone. Naturalmente è in ripresa questa manifestazione di, come dire, di volontà di, più che di volontà, qui poi c'è la questione di che cosa chiede la famiglia e di come funziona il sistema di valutazione, credo che sia stato detto, poi la Dottoressa Iapichino lo dirà ancora meglio, la valutazione, cioè non c'è una domanda per ottenere un beneficio, c'è una domanda per essere valutati. Quindi, il passaggio tra la richiesta di aiuto, mediante una valutazione, e l'ottenimento di un beneficio che per qualcuno può non coincidere con quello che gli viene proposto, è un passaggio delicato e qualche volta, ovviamente, non sempre corrispondono, diciamo, le volontà della famiglia o della persona con le volontà, con il risultato della valutazione. E su questo, insomma, si aprono, c'è un reciproco confronto che può portare però anche a rinunciare a determinate prestazioni così come poi è possibile proporre una rivalutazione nel momento in cui le condizioni cambiano.

Sui servizi domiciliari non abbiamo lista d'attesa. Cioè nel momento in cui ci viene proposto una attivazione, il V.M fa una attivazione, l'attività viene immediatamente attivata. Sull'importo dei contributi diciamo che il sistema fondo non autosufficienza ha un limite intrinseco, che è il totale della dimensione economica che ci viene messa a disposizione. I buoni FSE hanno da questo punto di vista consentito uno sfogo collaterale importante, che ha, diciamo, sottratto molta domanda perché assolta attraverso una forma anche, per certi versi, più immediata perché più spesso collegata ad un fattore temporale, che era specifico, in quel momento succedeva, non, diciamo non richiedeva il passaggio delle valutazioni V.M come tutta una serie di tempistiche nel mezzo e quindi ha di per sé assorbito una parte della domanda, consentendo quindi, come dire, di non avere una domanda di, diciamo, una valutazione, un numero di valutazioni ai quali consegue l'attribuzione di un beneficio

economico con una lista di attesa particolarmente significativa. Però è vero che non riusciamo a corrispondere a tutti i progetti, almeno non all'inizio, decorrono due o tre mesi fra la attribuzione del beneficio e il momento in cui la persona viene chiamata per la sua attivazione. Certamente, poi qui c'è il tema dell'attivazione del contratto con l'assistente familiare, che, a sua volta, può determinare un ritardo perché non sempre, diciamo così, la persona, magari ha una organizzazione tale da poterlo, diciamo, attivare immediatamente così come, diciamo, sul tema assistenti familiari aggiungo una cosa, la dico perché è importante, è un fattore di questo periodo, sta, diciamo, partendo con ritardo anche da parte della Regione Toscana la richiesta che gli assistenti domiciliari vengano, familiari scusate, vengano accreditate e quindi siano oggetto di un percorso di riconoscibilità all'interno del sistema pubblico. Sulla questione del piano nazionale demenze, io penso si possa e dei CDC si possa, sia più opportuno parlare dopo l'intervento della Dottoressa Iapichino, che entrerà nel merito diciamo della valutazione della demenza nel suo complesso e di alcuni esiti, che stiamo misurando e anche del rapporto con la geriatria. Poi, si può riproporre la domanda, ma io consiglierei di ascoltare quell'intervento e poi di, eventualmente, aggiornare o la domanda o anche meglio qualificare la risposta.

Sulla parte degli adolescenti e determinanti. SDS gestore, programmatore, determinanti di salute. Questa, in realtà, è una domanda a cui non dovrei rispondere io, non faccio il decisore, quindi io, diciamo, ho una funzione di attuatore del mandato, che la norma prevede. Certamente, la, diciamo, una migliore conoscenza dei determinanti, che noi cerchiamo di prendere in considerazione attraverso il profilo di salute, aiuta anche ad orientare le risposte, ma i determinanti hanno una varietà, come dire hanno una ampiezza di luoghi in cui si concentrano e di soggetti che sono, come dire, chiamati a portare soluzioni, affinché anche determinati determinanti si, diciamo così, possano meglio comprendere e conseguentemente agire, insomma, c'è bisogno di una volontà congiunta. Ho apprezzato da questo punto di vista lo dico, l'invito che ci ha fatto il Comune di Empoli insieme ai Comuni di Montelupo e, boh, non mi ricordo più, sul Piano Strutturale, scusa non mi ricordo quali sono i tre Comuni che sono i coinvolti, perché in quel caso, per esempio, nella riprogettazione del sistema urbano, insomma di quello che è il compito dell'ente locale rispetto al Piano Strutturale, ci hanno, diciamo, interessato di quelle che erano le valutazioni che potevano scaturire dalla nostra esperienza e abbiamo cercato di contribuire a quella riflessione proprio perché c'è un collegamento e quindi credo che siano, sicuramente, situazioni da perseguire e da continuare a perseguire. L'ha fatto di recente anche il Comune di San Miniato per una iniziativa analoga e spero, insomma, che possa mantenersi questo tipo di relazione. Certamente, è, come dire, ci vuole anche una forza organizzativa importante per stare su questi termini. Noi, ancora, non abbiamo completamente, insomma, come dire, non siamo nella condizione di avere esaurito la nostra organizzazione, diciamo siamo in una fase ancora di crescita e soprattutto di, diciamo, contrasto alla precarietà, che, spesso, poi mette a repentaglio il lavoro, che stiamo facendo. Speriamo presto di poter meglio strutturare anche delle funzioni di supporto alla valutazione in generale e quindi anche di migliorare da questo punto di vista. Come si delimita l'intervento, qui, magari, non so se Andrea, vuoi rispondere te, io ho cercato, magari è più, ha più propria la cosa, ma, sennò..(VOCI FUORI MICROFONO)..ah, ti hanno rubato la voce. Alla domanda della Consigliera Cioni..

Parla il Presidente Mantellasi:

Ha concluso, Dottor Doni? Così facciamo, magari, facciamo replicare.

Parla il Dottor Franco Doni – Direttore della Società della Salute:

No, ci sarebbero altre cosette.

Parla il Presidente Mantellassi:

Allora, prego, concluda poi si fa rifare la domanda sul Bilancio.

Parla il Dottor Franco Doni – Direttore della Società della Salute:

Allora, concludo e poi, poi passo la parola agli altri, va beh. Allora, ad Andrea per questa specifica parte. Sull'housing first e il LED Emergenza Freddo ed Emporio Solidale, magari poi Biagini dirà meglio, però, sicuramente la nostra intenzione è ora, a brevissimo, di partire con questa progettazione importante, che avrà oltre 700 mila Euro destinati all'Housing First e quasi un milione di Euro destinato alle stazioni di posta. Quindi, con la possibilità di creare delle condizioni diciamo strutturali permanenti diverse dalle attuali, che sono il frutto di tante singole storie, che si sono, giustamente, messe a disposizione, ma che non hanno ancora conosciuto una fase, cioè non hanno conosciuto, alle quali non abbiamo ancora potuto dare un senso collettivo e una regia collettiva. Abbiamo fatto, all'inizio del 2021, una importante attività che è stata quella di co-programmare insieme al terzo settore e fare l'analisi dei bisogni. Quindi, questa è proprio una cosa che abbiamo scritto, ormai si può dire sulla pietra e rispetto alla quale non torneremo indietro sperando anche di raggiungere degli obiettivi di miglioramento delle, diciamo, condizioni in cui a volte si trovano, si trova questa tipologia di cittadini. Per quel che riguarda il tema dell'incentivo alla natalità, invece passo alle domande del Consigliere Poggianti, ora, allora forse nell'introduzione, purtroppo, e poi è successo che le cose si sono viste poco, gli interventi di, diciamo così, di questa, di questa sessione riguardano le funzioni tipiche della Società della Salute, tra cui c'è sicuramente il rapporto delle relazioni con le famiglie, ma non siamo titolari della funzione consultoriale e di quelle che poi sono, diciamo, le attribuzioni dell'azienda sanitaria da questo punto di vista. E quindi non c'è in questo momento una, un intervento specifico su questo tema. E' sicuramente un tema importante, quindi lo prendo in considerazione, ma ritengo che si debba individuare un momento successivo. Sulla violenza di genere, invece, aspettiamo l'intervento della Dottoressa Muraru perché entrerà nello specifico e vi farà vedere alcune cose che vi possono essere utili per ricalibrare la domanda o per riproporla esattamente come l'avete fatta. Sul tema del contrasto alle tossicodipendenze, noi, va beh, vale quello che ho detto prima, non è, in questo momento non è presente, non sono presenti i colleghi del SERD, con cui abbiamo tuttavia rapporti continuativi. Gli interventi nelle scuole sono, tuttavia, nelle scuole per dire in un luogo e gli interventi di prevenzione sono prevalentemente di competenza dei SERD, anche questo, diciamo, è un fronte che mi riservo nel caso si voglia ritornarci sopra di affrontare anche con i colleghi del SERD alla prima futura occasione. La questione degli assistenti familiari un pochino l'ho detta. E' vero che il contributo, che noi eroghiamo è a volte un contributo minimale rispetto al costo

dell'assistente familiare. Però, lì c'è, diciamo, due fattori che determinano: uno che è la, diciamo, dimensione economica massima che possiamo attribuire, che sono 450-500 Euro da Legge Regionale, da progetto regionale. E la seconda è che poi c'è, ci sono le fasce di, diciamo, disponibilità economica, misurata attraverso l'ISEE e quindi questo può anche ridurre questi importi, che comunque sono anche calibrati rispetto all'isogravità. Quindi all'isogravità alta può corrispondere il contributo massimo, ad isogravità meno elevata può, diciamo, si viene su cifre più piccole, anche a fronte di ISEE basse, quindi si va intorno ai 350 Euro. Diciamo, come ho detto, alcuni strumenti li abbiamo a disposizione noi, altri noi li ricaviamo da norme che sono, come dire, il contesto nel quale ci muoviamo. Poi, aspetta eh, ancora un secondo, scendo giù. Sulla parte delle visite geriatriche ritorno a quello che dicevo prima, la Dottoressa Iapichino il suo intervento entra anche nel merito dei rapporti con la geriatria, quindi aspettiamo ormai il suo intervento. Quest'altra cosa l'ho detta. Sul livello dei buoni spesa comunali, per l'ISEE, forse questo lo sa l'Assessore Torrini. E poi Andrea un pochino e Barbara per il resto. Mi pare di avere risposto, spero, più o meno a tutto quello che avete chiesto. Diciamo, può darsi che non abbia esaurito completamente i vostri, le vostre domande, ma ho cercato di calibrare la risposta su una, diciamo, informazione che mi sembrava adeguata.

Parla il Presidente Mantellassi:

Grazie Dottor Doni. Allora, do la parola a Beatrice Cioni, così replica la domanda sul Bilancio. Rispondiamo a quella e poi la parola al Dottor Barani.

Parla il Consigliere Cioni B.:

Che abbiamo avuto non si evince altro dato. Dei dati ce li avete dati, ma per esempio sull'assistenza domiciliare quante sono le ore massime che vengono erogate ad un cittadino? E quindi quanti sono i cittadini che hanno servizi domiciliari. Di tutti i tipi, cioè ho un car-premium, ma soprattutto nell'assistenza domiciliare diretta che viene erogata. Poi, quant'è il massimo e il minimo del contributo per l'assistente familiare, il massimo e il minimo del contributo per il care giver. Quindi, per capire alcuni dati, ho bisogno, cioè sennò non era però una domanda sul Bilancio, ho detto. Io che chiedo cose di bilancio, mi ero persa.

Parla il Dottor Franco Doni – Direttore della Società della Salute:

(VOCE FUORI MICROFONO)..prodotta così, evidentemente.

Parla il Presidente Mantellassi:

Grazie. Grazie. Prego, Dottor Doni.

Parla il Dottor Franco Doni – Direttore della Società della Salute:

Non sapevo. Si vede che ho tradotto in maniera scorretta. Allora, le tabelle da regolamento per, diciamo, la dimensione economica, ora mentre che proseguiamo le trovo, c'ho qui il computer e magari ti rispondo più dettagliatamente. Per quanto riguarda, compreso anche per quanto riguarda credo l'assistenza domiciliare, sebbene da quel punto di vista, diciamo, noi di recente avevamo, come dire, due forme di accesso separate per le due zone, le abbiamo unificate e abbiamo, diciamo, calibrato l'intervento esclusivamente sulla base della dimensione economica, cioè della dimensione del contributo che deriva da una determinata condizione, diviso il costo orario. Quindi, sono pacchetti che possono andare, ora vado un po' a memoria, ma poi te lo dico con più precisione, dalle 6 alle 12 ore, settimanali, naturalmente. Con pluralità di accessi che sono calibrati sulla singola persona. Però, questo, mi riservo di cercare un attimo la regolamentazione se vuoi un approfondimento te lo dico dopo. Mi sembra di avere risposto.

Parla il Presidente Mantellassi:

Prego, Dottor Barani.

Parla il Dottor Andrea Barani:

Sì, dico due cose sintetiche, prendendo spunto dalla richiesta di Cioni, che sviluppava un po' la questione delle determinanti di salute, no? Perché, giustamente, lo comprendo, no? Il Consigliere Comunale, come il cittadino, può chiedere da quali punti di osservazione si parte per progettare e fare degli interventi. D'altra parte, è anche vero che questo è un lavoro anche di noi tecnici perché partiamo da uno storico di risorse e di letture dei bisogni. E poi la storia concreta ci porta a delle questioni e spesso ci costringe a rivedere i progetti e gli strumenti, no? E questo è anche un po' la normalità della vita, anche se, per fare una progettazione, più abbiamo chiari i determinanti e gli indicatori, possiamo progettare con più sicurezza, ma non sempre è così. Specialmente nelle questioni umane, no? Perché su alcune questioni più prettamente socio-sanitarie, è forse più semplice programmare accessi in ospedale, assistenza personalizzata. Sulle questioni familiari, adolescenziali giovanili ci sono molte sfumature, eh, e quindi è anche più difficile individuarli questi determinanti. Dal nostro osservatorio, se vi interessa, perché non è una risposta esaustiva, è uno spunto di riflessione, i determinanti di salute o di malessere, mettiamola così, dei giovani, degli adolescenti, che noi vediamo, così, sommariamente ne riporto alcuni, nascono in particolare nella fatica della famiglia e nelle fatiche della famiglia a vari livelli, no? Soprattutto relazionali, eh. Più che materiali. E questo determina delle incertezze nei giovani rispetto al futuro, all'investimento nello studio, un percorso formativo e famiglie disgregate o affaticate, creano molta incertezza e la scienza ci insegna che lo sviluppo psico-emotivo di un ragazzo, quando si basa sull'incertezza, crea un maggior disagio, eh. Quindi, la certezza, la sicurezza, la prevedibilità nei bambini e poi negli adolescenti crea un po' un argine, un alveo dove il fiume può scorrere più o meno adeguatamente. Un altro aspetto che rileviamo e la fatica di integrazione di molte realtà giovanili, legate anche a diverse provenienze, quindi non solo italiani, ma anche stranieri, e la fatica di mettersi insieme nei vari contesti, eh. Specialmente nei grandi agglomerati urbani, più grandi, tipo Empoli,

Castelfiorentino, Fucecchio, San Miniato, i ragazzi anche di diverse provenienze e ormai da due, tre generazioni, poi magari la collega Cattaneo può dire qualcosa in più, posso creare dei contesti di fatica relazionale, spazi aperti, la scuola, ecc. Questo è un altro determinante che andrebbe approfondito. Gli spazi di vita, li accennava Doni, sicuramente i nostri contesti urbani, e anche quelli periferici non sono del tutto a misura di famiglia e di ragazzi. E questo interpella la comunità civile, la comunità politica. Certo, anche i servizi, ma se non si dialoga o non si co-progetta qualcosa, difficilmente il servizio potrà rispondere a tutte le mille esigenze. Ma il tema degli spazi urbani, anche della mobilità tra i piccoli centri, è importante. E dal nostro osservatorio è un tema perché impegna risorse spesso, no? E quindi i ragazzi non hanno possibilità di accedere ad uno spazio esterno, uno spazio giovanile, ad un percorso formativo, culturale, perché stanno in periferia. E l'altro aspetto, che potrebbe essere interessante è tutta la questione legata all'abbinamento tra il sanitario e il sociale nei vari cicli di vita nella fase perinatale, post natale, nei primi mille giorni di vita, quindi 0-3 anni, perché questo è un aspetto che potrebbe iniziare veramente a fare prevenzione su tutte quelle cose che, magari, poi emergono quando il bambino c'ha cinque anni, sei anni, dodici anni, e questo, certo, è una sfida per i servizi. E' chiaro che, però è una sfida anche per le istituzioni rispetto a dove si indirizzano le risorse e si allocano le volontà di investire. Perché, sappiatelo, i servizi sociali, dal mio punto di vista, parzialissimo, me ne assumo le responsabilità, lavorano su una prevenzione che non è primaria, è di tipo secondario o terziario, che vuol dire che arriviamo già quando c'è un disagio, una difficoltà che si manifesta. E' pur vero che però si può anche lavorare su una prevenzione primaria, è anche competenza nostra, ma non solo nostra in questo senso. L'ultima cosa che dico, rispetto alla questione tossicodipendenza, perché lo collega questo aspetto, è vero sicuramente la risposta più corretta e completa la può dare il SERD e quindi la parte sanitaria, che ha questo compito rispetto alla prevenzione. Noi ci collaboriamo e sicuramente anche qui cosa emergono? Due aspetti dal mio osservatorio: che anche se il consumo di sostanze è cambiato nei decenni, non siamo più all'eroina degli anni '80, no? Siamo anche a droghe sintetiche ecc, il disagio spesso, per un 70% nasce nella relazione intra familiare. Il consumo di sostanze o la tendenza a deviare è sintomo di un buco affettivo. Io su questa cosa ci credo molto. E quindi è sulla famiglia che bisogna, occorre, che bisogna investire. D'altra parte, però, dico anche, e faccio un po' una sorta di obiezione di coscienza su questo, mi permettete, no? Se uno Stato Italiano permette il gioco d'azzardo, diventa quasi paradossale che si chieda ai servizi pubblici di curare coloro che, per esempio, sono schiavi del gioco d'azzardo. Quindi, capite bene come la politica ha le sue responsabilità. I tecnici, certo, stanno nella mischia e in qualche modo però non possono recedere da un presupposto fondamentale, che oltre alla prevenzione e alla repressione rispetto alle droghe, occorre anche garantire la cura. Questo è un diritto imprescindibile e quindi quei ragazzi in difficoltà, quelle famiglie in difficoltà non possiamo che provare a sostenerle per ridurre il rischio. E su questo devo dire che con il SERT il protocollo di collaborazione, da anni attivo, funziona molto bene anche perché il nostro SERD ha una posizione molto intransigente sulle sostanze, che io apprezzo, no? Quindi, rispetto a molti altri servizi di altre zone, il nostro SERT, secondo me, è in linea anche con le indicazioni nazionali rispetto alla prevenzione e alla deterrenza, rispetto alle sostanze. Certo, non si può però abbandonare la cura, eh. E quindi, però sono qualche, ecco qualche spunto non sono risposte esaustive, eh, però era per arricchire la riflessione.

Parla il Presidente Mantellassi:

Grazie. Grazie Dottor Barani. Assessore Valentina Torrini. E poi Dottoressa Biagini, giusto? Prego.

Parla l'Assessore Torrini:

Sì. Sui contributi. Allora, i contributi per i buoni spesa sono stati nel 2020 787 per un totale di 278.175 Euro, e nel 2021 737 beneficiari per un totale di 158.675. Quindi, per un totale complessivo di oltre 436.000 Euro. Quindi, una somma importante. Però, ecco, a questo proposito la somma è sicuramente importante, ma è stata altrettanto importante e faticoso e oneroso l'impegno dei servizi sociali perché, in questo caso, merita ricordarlo, la procedura è stata univoca per tutta l'area dei servizi, della Società della Salute, quindi i Comuni hanno adottato la stessa procedura. Ciascun Comune ha recepito le domande che sono state tutte inoltrate alla Società della Salute e quindi l'analisi delle domande è stata effettuata integralmente dagli assistenti sociali con un lavoro enorme, coordinato poi con le strutture organizzative dei singoli Comuni, che poi hanno liquidato effettivamente i buoni spesa, ma ecco quella squadra, che dicevo all'inizio, devo dire che in una situazione emergenziale, anche di grande stress dovuta all'emergenza in corso, ma, ecco, ha funzionato nonostante, ecco, le difficoltà, la grande quantità di contributi emessi e l'importanza di quel momento in cui abbiamo conosciuto una povertà alimentare sul nostro territorio oggettivamente prima non era presente.

Parla il Presidente Mantellassi:

Grazie Assessore. Prego, Dottoressa Biagini.

Parla la Dottoressa Barbara Biagini:

Sì. Si sente? Sì. Esatto. Allora, intanto, rispondo con piacere alla domanda, insomma, fatta dall'Assessore Cioni. Sì, rispetto soprattutto il nostro servizio comunque, e soprattutto l'area adulti, ha in testa comunque il fatto di dare risposta a coloro che sono gli ultimi un po', no? Gli invisibili. Perché poi quando si parla di senza fissa dimora, insomma, la tematica poi è un po' questa. Quindi, rispetto al PNRR, chiaramente, ha già risposto il Direttore Doni, per cui si conferma il fatto che comunque gli investimenti dovranno necessariamente essere, no, destinati a questo specifico target di popolazione. Per quanto riguarda invece la parte relativa all'accesso dell'Emporio, certamente sì, questa è la risposta, ma non solo perché ha visto nell'intervento facevo presente che anche durante tutto l'anno e tutto il percorso di interventi fatti, c'è sempre stato in testa, appunto, di prevedere trasporti, educativa, inserimento anche rispetto alla parte lavorativa e quindi al progetto LINK relativo al lavoro per senza fissa dimora. E quindi questo dovrebbe in qualche modo facilitare non solo la risposta abitativa, ma anche invece tutto quel percorso proprio, davvero, invece, di inclusione, di formazione, di riavvicinamento e del reinserimento nella comunità vera. Per quanto riguarda, invece, il discorso rispetto a casa albergo o comunque struttura in risposta all'emergenza freddo, quello che abbiamo provato a fare nell'ultimo periodo da quando poi è stato possibile, insomma, potersi rivedere in presenza e poter iniziare anche a fare i colloqui, c'è una proiezione, seppur minima, rispetto, appunto, all'orario che invece dovrebbe essere dedicato, di una collega

che, settimanalmente, per alcune ore si reca, appunto, e ha un confronto con, in questo caso Misericordia, per, e fa dei colloqui ad hoc con le persone che sono inserite, appunto, in casa albergo. Chiaramente, questo è un tema, è un motivo per cui dovremo andare a potenziare e sicuramente la presenza, a mio avviso, di servizio sociale proprio sul tema specifico dei senza fissa dimora. Spero di avere risposto. Grazie.

Parla il Presidente Mantellassi:

Grazie. Grazie Dottoressa Biagini. Se non ci sono altre integrazioni, ho una prenotazione da parte di Beatrice?

Parla il Consigliere Cioni B.:

(VOCE FUORI MICROFONO) No, non lo so, credo sia rimasta quella di prima.

Parla il Presidente Mantellassi:

Ah, è partita, okay. Allora, se non ci sono altre integrazioni, direi di ringraziare tutti coloro che sono intervenuti per gli interventi e per le risposte. Noi facciamo una quarantina di minuti di pausa e poi riprendiamo con la parte successiva. Ricordo, ricordo che la pausa cena sarà qui nella sala accanto. Nel rispetto delle precauzioni del caso.

Il Presidente Mantellassi sospende la seduta per una breve pausa.

La seduta riprende alle ore 21,50.

II° APPELLO ORE 21,50.

Sono presenti n. 14 Consiglieri: Mantellassi Alessio, Rovai Viola, Fluvi Sara, Falorni Simone, Mannucci Laura, Giacomelli Luciano, Cioni Simona, Faraoni Andrea, D'Antuono Maria Ciria, Pagni Chiara, Poggianti Andrea, Pavese Federico, Di Rosa Simona, Picchielli Andrea.

Sono assenti n. 11 Consiglieri e il Sindaco: Barnini Brenda (Sindaco) Bagnoli Athos, Ramazzotti Rossano, Iallorenci Roberto, Caporaso Roberto, Fabbrizzi Riccardo, Chiavacci Gabriele, Battini Vittorio, Cioni Beatrice, Masi Leonardo, Anna Baldi.

Parla il Presidente Mantellassi:

Ricominciamo. Allora, innanzitutto, direi che chi è già intervenuto può ritenersi libero, diciamo, e quindi quando ritiene opportuno. Chiaramente, se puoi chi vuole rimanere è il benvenuto, però, chiaramente, senza obbligo. Quindi, prima di procedere alla ripresa del Consiglio, facciamo l'appello. Prego, Dottoressa Ciardelli.

Parla il Segretario Generale Dottoressa Ciardelli:

(APPELLO).

Parla il Presidente Mantellassi:

Sono 17 i presenti.

Parla il Segretario Generale Dottoressa Ciardelli:

Come 17?

Parla il Presidente Mantellassi:

Erano rimaste inserite alcune tessere, quindi sono 14 i presenti. Quindi, riprendiamo con il Consiglio. Con la seconda parte. Quindi, chiamo i coordinatori delle unità di valutazione: la Dottoressa Sonia Iapichino Coordinatrice dell'Unità, che è on line, di Valutazione

Multidimensionale non autosufficienza. Roberta Salvadori, Coordinatrice dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Disabilità. Invito a venire, a prendere posto. E il Dottor Massimo Giraldi Coordinatore dell'Agenzia Continuità Ospedale Territorio. Prego.

Allora, è collegata la Dottoressa Iapichino, ci sente? Allora, in questo caso facciamo un, deviamo diciamo da quella che è l'organizzazione che ci siamo dati fin qui. Facciamo fare l'intervento alla Dottoressa Iapichino, poi facciamo le domande sul suo intervento perché la Dottoressa ci deve lasciare per motivi personali e quindi, poi, continuiamo con gli altri due interventi. Siamo collegati? Non è collegata? Sta entrando adesso. Se siamo d'accordo possiamo, possiamo fare parlare la Dottoressa Salvadori. Prego, Dottoressa Salvadori. Prego, prego Dottoressa.

Parla la Dottoressa Roberta Salvadori – Coordinatrice dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Disabilità:

Sì, allora, in attesa delle slide, sì che ci sono, allora mi presento: io sono..mah, funzionava? Mi sentite? Sì. Ah, non vedevo la luce.

Parla il Presidente Mantellasi:

Non deve essere ritoccato il pulsante, altrimenti si spenge. Prego.

Parla la Dottoressa Roberta Salvadori – Coordinatrice dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Disabilità:

Ma si sente? No? Direttore, Direttore. Ah, Dottoressa Roberta Salvadori..ecco, ora lo sento. Dottoressa Roberta Salvadori e sono coordinatore dell'U.V.M Disabilità. Allora, molte cose sono state dette per cui cercherò di essere il più breve possibile. Avete sentito tutti gli interventi, che mi hanno preceduto, dei responsabili delle varie aree del servizio sociale, tra cui la responsabile del servizio sociale dell'area della disabilità. Ecco, loro offrono una serie di servizi. Quando la richiesta, la domanda di bisogno diventa una domanda complessa, per la quale l'offerta sanitaria, socio-sanitaria, la risposta non può essere mono professionale perché, appunto, in virtù del fatto che la situazione è complessa, là arriva l'unità di valutazione multidimensionale per la disabilità. Che fa sintesi. Sintesi tra i vari settori, ed è costituita da diversi professionisti. Risponde ad un quadro normativo regionale, che è poi recepito al livello aziendale, e prevede un coordinatore medico, che sono io, la responsabile della, assistente dell'area sociale, e un amministrativo come nucleo stabile. A questo si aggiungono vari professionisti, che sono, nel nostro caso, sempre lo psichiatra, il neuro riabilitatore, e il neuro psichiatra infantile da dove si trattano casi, grazie, laddove si trattano casi di minori. Diciamo nella nostra zona è organizzata in un unico gruppo di lavoro, contrariamente all'UVM, che avete visto prima che c'è un gruppo di lavoro per la zona Valdarno e uno per la Valdelsa Empolese. Noi abbiamo un unico, un'unica commissione che fino al 2021 ha lavorato su progetti specifici, e cioè sui progetti regionali più legati al, che si chiama "dopo di noi" e a progetti come la "gravissima disabilità", che in parte era gestita prima dall'UVM e poi è passata all'UVM

D. Mi manda le slide prima? Prima. Prima, prima, prima, perché i dati. Eccolo la. Qui, fermo lì. Va bene questa, va bene questa. Fermo.

Allora, come vedete, questo nucleo di valutazione composto da questi professionisti, che sono anche integrabili, lavora su un target di persone che va da zero a 64 anni e che riguarda la disabilità intellettiva, la disabilità neuro motoria, ecco il perché dei professionisti chiamati in causa, e l'autismo. Il livello di gravità quando arrivano alla unità di valutazione e alla commissione è sempre, quasi sempre, di norma, è il livello di gravità più alto, ci sono, poi, alcuni casi complessi, seppur non riconosciuti in gravità, che possono essere comunque portati in commissione su proposta del professionista, di solito assistente sociale, che fa il (parola non comprensibile) manager del caso e che quindi dà, ci dà una continuità sulla presa in carico.

Andiamo avanti. Ecco, l'accesso all'UVM disabilità contrariamente alla norma e di quanto succede nell'UVM della non autosufficienza, può essere diretto attraverso, diciamo, il segretariato sociale, come avete visto prima, oppure anche indiretto e cioè segnalato da professionisti o servizi che hanno a che fare con la persona e che si rendono conto che lì vi è una situazione di complessità tale da essere segnalata alla commissione.

Alle ore 22,00 entra il Consigliere Cioni B. e il Consigliere Masi.

Una volta segnalato, diciamo, la segreteria, quindi la parte amministrativa, che accompagna e che supporta tutte le attività dell'unità di valutazione, che riceve la domanda, trasferisce questa domanda all'assistente sociale competente, oppure al, diciamo, al servizio segnalante e prepara, diciamo, la parte più documentale del caso. Le..vada avanti. Ecco, che cosa viene prodotto alla fine? Allora, l'UVMD rispetto alla situazione della UVM, che fa la non autosufficienza, che fa gli anziani, è una realtà relativamente giovane, nel senso che la normativa inizia a parlarne nel 2017, ancora l'ultima delibera, a cui noi tendiamo e costituisce il gold, diciamo quello, l'obiettivo a cui tendere, non è del tutto nemmeno applicata nel senso che si sta, stanno ancora al livello regionale creando il sistema informativo attraverso un programma informatico. Quello a cui tendiamo, comunque, che abbiamo iniziato a fare è in uscita un progetto di vita. Progetto di vita che è, viene elaborato e condiviso, viene elaborato in UVM e condiviso, di solito, con tutti i partner che noi chiamiamo in causa e poi condiviso anche con la famiglia prima di essere realmente operativo. Possiamo andare avanti. Progetto di vita che significa tante azioni, quindi tanti servizi. Allora, attenzione, questo è un passaggio su cui mi soffermo un secondo perché è importante capire che questa è la volontà di cambiare il paradigma, cioè di prendere la persona e supportarla in tutte le fasi, con le diverse azioni. Non è più un livello prestazionale, no? Per cui, ad una stessa persona posso fornire diversi servizi, in fasi diverse della vita, in maniera progressiva integrata, spostando l'obiettivo di volta in volta, man mano che si fa la revisione del progetto. Noi lavoriamo dai bambini agli adulti. La fase più delicata che trattiamo, che trattiamo spesso è appunto, l'ha già detto la collega responsabile, Loredana D'Ermilis, è il passaggio dalla maggiore età, che non è la maggiore età, è di solito costituito dalla fine della scuola, perché la scuola comunque rappresenta un sistema ed un contesto protettivo, al, si rischia al niente, perché la famiglia si trova spaesata, diciamo, quindi si trova in balia di mille servizi spezzettati. Ecco l'UVMD ha il compito di fare il

momento di sintesi e di riprogettare un percorso nella vita. Queste le avete già viste perché e anche noi siamo i servizi poi sono quelli, possono essere contributi economici, possono essere contributi economici a favore di chi si prende cura del disabile, quindi del care giver. Possono essere contributi economici a favore dell'adattamento della casa alla disabilità e soprattutto qui si parla di disabilità motorie. Può essere l'attivazione dei servizi domiciliari ed educativi, ai trasporti, tutto quello che avete già visto, ma sostanzialmente quello che andiamo a fare sono due grosse aree di intervento distinte, sia la parte più assistenziale, che è quella a cui siamo più abituati, sia nella disabilità assume un valore particolarmente importante la parte di sviluppo delle autonomie o mantenimento delle capacità funzionali residue. Ecco, in questo c'è stato un grosso sforzo, anche della Società della Salute, che politicamente, proprio come linea di indirizzo ha spinto su questo e su cui stiamo lavorando molto.

Vi ho detto..andiamo avanti. Una breve sintesi per non tediarvi con i grafici che ne avete visti e quindi mi rendo conto della difficoltà. Nel 2021 vi ho detto che è una unità organizzativa molto giovane. Nel 2021 si sono fatti circa 70 casi di disabilità più alcuni progetti specifici, che riguardano, che riguarda la vita indipendente, cioè quei progetti di cui vi parlavo per lo sviluppo delle autonomie, e 27 di quei progetti di cui vi parlavano anche prima, che si chiamano in out, che sono progetti specifici in cui la famiglia assume un ruolo fondamentale perché propone direttamente il progetto. Quindi è a misura di persona e di famiglia, diciamo. E 34 progetti "dopo di noi".

Andiamo alla slide successiva. Ecco, questo, io mi sono permessa di mettere anche il trend, di fare un focus sul trend 2022 perché come vedete, le fasce diciamo, il grafico in alto a destra, si tende ad aumentare la nostra attività, aumenta la richiesta, aumenta l'offerta di servizio. Tenete conto che, attualmente, rispetto alle domande, le domande, che vengono fatte, hanno una risposta mediamente intorno ai 34 giorni. Includendo le gravissime disabilità, per cui, diciamo, il tempo massimo di istruzione della pratica, per i canoni, che ci danno, sono 60 giorni. Andiamo avanti. Ecco, eccoci qua. Questa è una notizia che il Direttore non prenderà benissimo, Doni, perché rispetto al 2021 nel 2022 siamo ad un 53% dell'attività. E siamo ancora, e questo è il dato del primo trimestre. Ecco, quindi, è una attività che cresce, la domanda cresce, la risposta cresce. Io termino qui, mi sembra di, perché, se poi, ecco se avete domande chiedo la cortesia, chiedo al Presidente se è possibile anche per me riceverle, a parte c'è solo, ma riceverle subito. Va bene. Bene, facciamo..(VOCI SOVRAPPOSTE)..

Parla il Presidente Mantellassi:

Facciamo la Dottoressa Iapichino. Adesso dovrebbe sentirci.

Parla la Dottoressa Roberta Salvadori:

Grazie eh.

Parla la Dottoressa Sonia Iapichino – Coordinatrice dell’Unità di Valutazione Multidimensionale non autosufficienza:

Sì, buonasera. Buonasera.

Parla il Presidente Mantellassi:

Prego, Dottoressa.

Parla la Dottoressa Sonia Iapichino – Coordinatrice dell’Unità di Valutazione Multidimensionale non autosufficienza:

Sì, buonasera. Condivido, buonasera, ringrazio e mi scuso per non essere presente, diciamo, fisicamente. Cercherò di essere puntuale andando a centrare in particolare gli elementi, che sono stati oggetto di domanda, o almeno ci proviamo, diciamo. Salvo poi dare, ovviamente la disponibilità per ulteriori eventuali approfondimenti. Cercavo di condividere un attimino le diapositive, in modo tale che siano, come dire, visibili dallo schermo. Se mi date un feed-back dovrete averle in qualche modo, diciamo, se mi potete dare un feed-back se siete in grado di vedere la condivisione del mio schermo. Vedete? Sì. Riuscite a vedere le diapositive?

Parla il Presidente Mantellassi:

Sentiamo, sentiamo. Sentiamo.

Parla la Dottoressa Sonia Iapichino – Coordinatrice dell’Unità di Valutazione Multidimensionale non autosufficienza:

No. Ecco, ma riuscite a vedere anche le diapositive, in modo tale che sia autonoma nel momento. Okay. Allora, appunto, io sono la Dottoressa Sonia Iapichino, sono il medico coordinatore dell’unità di valutazione multidimensionale della zona Empolese Valdarno e Valdelsa e questo, diciamo, incarico mi è stato assegnato dal Direttore nel, era il gennaio del 2021 e prendendo un pochino quello che era il lavoro fatto e sul quale io sono andata, come dire, ad insediarmi che è stato del Dottor Amico, che mi ha preceduto per diversi anni. Quindi, è un lavoro che, in qualche modo, vedeva contenuti, vedeva strumenti che erano già in essere nei gruppi che poi in qualche modo hanno accolto me nel coordinamento.

Alle ore 22,10 entra il Consigliere Caporaso.

Vedo che non scorrono le diapositive, quindi, a questo punto, forse, conviene che non so se possiamo, diciamo, non c'è verso di fare scorrere le diapositive, vedo. Niente. Allora, scusate. Posso chiedere aiuto al tecnico..

Parla il Presidente Mantellassi:

Dottoressa, deve farle scorrere lei, perché sta condividendo lei lo schermo.

Parla la Dottoressa Sonia Iapichino:

Sì. Eh, ora ho tolto la condivisione, se le fate scorrere voi perché vedo che ho difficoltà a procedere con il..è possibile, diciamo, mettere la diapositiva 2 relativamente alla composizione? Se scorre un attimino. In ogni caso, mi anticipo nel frattempo che arriva l'immagine. Quindi, la composizione attuale, e con la quale lavoriamo, come gruppo, è quella così determinata dalla zona, cioè dall'SDS il 7 di gennaio del 2021. Gli elementi sono due corpi: una componente che è una componente stabile e una componente di professionisti, che noi possiamo attivare, e li possiamo attivare in base al quadro clinico e in base alle singole situazioni. I componenti stabili sono così rappresentati: come area medica, come personale medico sono presente io come coordinatore. Mi affiancano nei lavori delle sessioni dell'UVM e delle Commissioni il personale..siamo andati un pochino oltre, no, no, siamo proprio un pochino più sopra, a ritroso, andiamo a ritroso. La precedente. Okay. La precedente quella. Stop. Allora, quindi, il personale medico, ripeto, ci sono io, poi dopo di che ci sono il personale assistenti sociali, in parte ne ha già parlato la Dottoressa Spanedda, che mi ha preceduto, ovvero le due colleghe assistenti sociali e referenti per l'UVM, che fanno anche da raccordo con le assistenti sociali sul territorio. C'è un pool di infermieri e quindi il personale infermieristico rappresentato in sessione da tre unità del Dipartimento Infermieristico e che corrispondono in quota parte alle tre sottozone Empolese Valdelsa e Valdarno, ma il raccordo con il personale infermieristico è fatto anche con quelle che sono, con la nuova figura e il nuovo modello implementato nella nostra azienda che è l'infermerie di famiglia. Quindi, c'è una grande integrazione con il personale infermieristico che va poi a domicilio e va a domicilio per la valutazione di tipo assistenziale. Quindi, a supporto del, come componente stabile il personale amministrativo. Nelle, diciamo, con tre unità non tutti a tempo pieno, ma comunque tre unità ormai stabili e che collaborano ormai da diverso tempo. Mi volevo soffermare e qui cercando di rispondere ad una delle prime domande, che è stata posta nel primo blocco, andando invece a scorrere con voi la composizione dei professionisti attivabili. I professionisti attivabili, in primis è il medico di medicina generale, evidentemente, la prima porta di accesso a qualsiasi tipo di richiesta e di bisogno, ma che rappresenta la figura con la quale ci interfacciamo e lo faccio personalmente, ma lo fanno anche tutte le colleghe, che collaborano all'attività dell'UVM, anche nella ricondivisione e nel monitoraggio di progetti per le persone già in carico, ovvero nella condivisione poi del progetto assistenziale. In particolare, attiviamo con frequenza devo dire settimanale, quindi in maniera molto, lavoriamo fianco a fianco con i colleghi specialisti in geriatria. E qui vengo a specificare qual è il nostro raccordo come unità di valutazione con il centro delle demenze e dei disturbi cognitivi, i CDCD, e i servizi specialistici inerenti l'area delle demenze, i disturbi comportamentali e malattia di Alzheimer. Allora, il nostro, la presenza sulla nostra zona vede due poli fondamentali

presso i quali sono, come dire, collocati gli specialisti relativi a queste patologie. Mi riferisco, in particolare, alla mappatura ultima, che è stata fatta al livello regionale, nella quale vengono dichiarati le sedi per la nostra zona. Sedi che sono diciamo riconducibili all'ospedale San Giuseppe nel gruppo della struttura, della struttura di neurologia quindi diretta dal Dottor Leonello Guidi, e quindi tutta la sua equipe, e per quanto riguarda l'area geriatrica con la grande collaborazione, che stiamo avendo soprattutto in questo ultimo periodo, ovvero passata la fase pandemica, con i colleghi afferenti alla struttura della geriatria diretta dal Dottor Benvenuti ed in particolare il referente clinico per noi, quindi è il nostro, come dire, professionista privilegiato, la Dottoressa Marta Mengoni, che è referente clinica per il servizio specialistico di demenza nell'ambito dell'area territoriale. Cosa vuol dire quando dico raccordo e andare all'unisono con questi colleghi specialisti? Vuol dire avere creato un, allora intanto gli accessi in linea generale è sempre previa richiesta del medico specialista. Ora, ci sono, c'è proprio un momento che abbiamo codificato di un incontro che è settimanale, laddove possibile, quasi sempre in remoto, attraverso la, diciamo, tecnologia in questo ci aiuta, ci incontriamo appunto con la Dottoressa Mengoni e questo avviene anche attraverso il grande valore aggiunto apportato da un referente, assistente sociale, che è la persona che si dedica a cui la Dottoressa Giovanna Spanedda accennava, nel raccordo proprio di tutti i progetti che riguardano demenze ed Alzheimer, quindi è il tramite con i colleghi geriatri e ci sentiamo settimanalmente soprattutto per alcune situazioni, che hanno necessità di essere valutati con un certo tempismo. Cosa vuol dire essere valutati? Come può l'UVM e cosa fa l'UVM nello specifico di fronte a situazioni che hanno necessità di una valutazione, come dire, che non è possibile differire, una valutazione geriatrica non differibile, soprattutto quando le famiglie esprimono bisogni che in qualche modo ci riconducono a disturbi del comportamento importante. Allora, esiste la modalità di attivare, previa richiesta del medico di famiglia, una valutazione geriatrica in regime di fast-truck, ed è un servizio che viene messo a disposizione dai colleghi geriatri, a cui noi settimanalmente, in qualche modo cerchiamo di indirizzare e facilitare l'accesso per le famiglie a questo servizio, che viene erogato il mercoledì mattina. In più abbiamo convenuto e questo grazie, appunto, alla collaborazione con il Dottor Benvenuti, abbiamo convenuto di riservare almeno tre valutazioni e quindi tre posti, come dire, di utenti che siamo noi come UVM, ma è anche il segretariato sociale, piuttosto che l'infermiere di famiglia che valuta che ci siano le condizioni perché un anziano debba essere visto in quelli che sono tre momenti riservati alle valutazioni complesse su invio dell' UVM. Per quanto riguarda le altre, diciamo, invece figure professionali, vengono attivate con una, diciamo, minore frequenza e mi riferisco in particolare al medico di medicina riabilitativa, il fisiatra, o comunque a qualsiasi altro specialista, che è il caso clinico che viene posto all'attenzione e caso complesso ne renda la necessità. Come siamo organizzati da un punto di vista, diciamo, qual è la nostra causa? Allora, noi arriviamo da una esperienza, che è stata quella fino al 2021, quindi fine anno 2021, in cui esistevano due equipe separate, come vedete una relativamente alla zona Empolese Valdelsa e l'altra al Valdarno, e che corrispondevano anche a due diverse sedi, diciamo fisiche, Empoli quindi per il distretto Rozzalupe per l'Empolese Valdelsa e il distretto, diciamo, il caso di Castelfranco per quanto riguarda il Valdarno. Come è diciamo risaputo o in qualche modo, insomma, è stato, abbiamo diciamo, siamo arrivati ad una creazione di una equipe integrata. E questo è successo da..

Parla il Presidente Mantellassi:

Dottoressa, scusi, la interrompo. Abbiamo un minuto circa.

Parla la Dottoressa Sonia Iapichino:

Ah, okay. Sì, sì, sì, prego, prego. Volevo soltanto dire che siamo..

Parla il Presidente Mantellassi:

Grazie. Prego, prego.

Parla la Dottoressa Sonia Iapichino:

..praticamente tutti, sì, sì abbiate pazienza, siamo praticamente tutti quanti ormai insieme in un'unica sede, che è la nuova Casa della Salute a San Miniato dove essere insieme ed essere in contiguità vuol dire essere insieme anche al punto di presente del Segretariato. Andate pure avanti con le diapositive. Con il Segretariato, che rappresenta il punto di accesso alla valutazione multidimensionale e, andate pure avanti, ecco un attimino mi fermerei su questa cosa, cioè la attività della unità di valutazione multidimensionale in qualche modo valuta ed esprime un parere rispetto ad un bisogno complesso, che tiene dentro la componente sanitaria, se mi scorre la dispositiva vediamo un attimo, se mi scorre diciamo l'immagine, ecco, attraverso queste che sono schede standardizzate e che danno, contribuiscono alla valutazione di isogravità dell'assistito, dell'anziano e unitamente alla valutazione sanitaria, che parte in primis sempre dalla scheda del medico di famiglia e da tutte le informazioni che gli specialisti eventualmente ci hanno fornito, ovviamente si affianca una valutazione di tipo socio-ambientale e familiare, che concorre poi a costruire un, in base a questa valutazione, un progetto assistenziale personalizzato. Se va un pochino avanti. Ecco, qui, sono i dati di attività. Abbiamo fatto la scelta di presentare rapidamente il 2021 dove rapidamente in questo caso l'attenzione è focalizzata, qui sono riportati esclusivamente le 651 nuove domande che corrispondono a nuove teste, che si sono affacciate e hanno espresso un bisogno complesso, che è stato valutato dall'unità multidimensionale. 651 nuovi utenti, che si vanno a sommare nel, cioè ai 1.531 rivalutazioni di fatto, ovvero l' UVM nelle sue 84 sedute complessive nel 2021, ha valutato più di 2.000 situazioni di cui 1/3, 651, sono nuovi assistiti. Vorrei soffermarmi su un'ultima diapositiva, cioè su..ecco, qui due informazioni soltanto. Allora, chi sono queste 651 anziani che sono arrivati alla osservazione per le quali abbiamo valutato la situazione di complessità, quindi isogravità e condizione di adeguatezza socio-ambientale familiare? Allora si tratta, e questa è una situazione cioè di chi stiamo ragionando? Stiamo ragionando in circa 530 persone, di anziani la cui diagnosi principale, cioè la diagnosi che comporta non autosufficienza si riconduce a due principali domini clinici che sono la malattia di Alzheimer in 162 casi e 368 casi sono demenze senile non complicate. Nella espressione, diciamo, iconografica voi vedete rappresentate le aree di attività, di ambito, di attività dove si è concentrato il progetto assistenziale. Il progetto assistenziale nel 35% dei casi ha riguardato l'ambito della residenzialità in tutte le sue espressioni, ovvero sia residenzialità di tipo temporanea dove dentro qui ci sono anche i moduli di tipo cognitivo comportamentale e residenzialità di tipo definitivo. E va da sé che essendo in un

periodo pandemico, il 2021, la semi residenzialità, ovvero il centro diurno, ha rappresentato soltanto una minima percentuale, mentre gli altri due ambiti di attività sui quali si è focalizzato il progetto assistenziale hanno riguardato l'assistenza domiciliare diretta e l'assistenza familiare. Penso di averci l'ultima diapositiva. Sì, ecco, okay. Allora, questo era per farvi vedere qual è il trend del 2022, rispetto alle analisi sono numeri ovviamente grezzi e non percentualizzati, ma proprio sono il numero delle teste, cioè da gennaio a marzo a netto del blocco, che abbiamo avuto per il trasferimento che si è fatto proprio nel mese di gennaio nella nostra nuova casa del gruppo dell'UVM, abbiamo effettuato ad oggi 458, abbiamo processato 458 istanze di cui 150 riguardano nuove domande. Siamo perfettamente in linea rispetto a quelle, diciamo, all'andamento delle nuove domande che avevamo nel 2021. E sempre in un numero assoluto, accanto, l'area di bisogno rilevato, ovvero cosa poi dopo abbiamo definito rispetto al PAP. Ora, c'è una, non so se posso rispondere ora nel senso quando è stata fatta la valutazione, cioè è stato detto: qual è il supporto, la domanda posta nel precedente blocco, qual è il supporto alla domiciliarità e al sostegno alla famiglia, soprattutto nei casi di demenza e diciamo di demenza e disturbi cognitivi. Bene, in questo periodo qui, stiamo lavorando, quindi da gennaio in poi, su una progettualità che è una progettualità ovvero di risorse che non vanno sul fondo, ma che rimandano ad un progetto regionale con dei fondi a sé e è ACCUDO. E, in particolare, l'UVM sta cercando di dare risposta anche a quella necessità di supporto..

Parla il Presidente Mantellassi:

Vada a concludere, per favore.

Parla la Dottoressa Sonia Iapichino:

Sì, sì. A domicilio..

Parla il Presidente Mantellassi:

Grazie.

Parla la Dottoressa Sonia Iapichino:

E che riguarda l'attivazione di pacchetti che prevedono anche la presenza di fisioterapisti a domicilio. Quindi, in questo momento cerchiamo, in qualche modo, di venire, anche se in maniera minimale, a rispondere a questa tipologia di bisogno anche del fisioterapista, attraverso un, il fondo, diciamo, risorse speciali che è quello di ACCUDO. Vi ringrazio. Mi scuso se sono stata un po' lunga e spero di avere minimamente risposto a qualche domanda del gruppo precedente.

Parla il Presidente Mantellassi:

Grazie a lei. Grazie a lei. Allora, vista questa esigenza direi di fare le domande e poi proseguiamo. Chiedo se ve ne sono. Poggianti, prego.

Alle ore 22,30 entra il Consigliere Battini.

Parla il Consigliere Poggianti:

Grazie Presidente. Sarò brevissimo. Soltanto per puntualizzare alla dottoressa, che è intervenuta in questo momento, per segnalarle e ribadire una carenza del sistema sanitario e della Società della Salute inenarrabile. Perché, ripeto, ancora oggi, che le visite domiciliari a casa dei geriatri non vengono effettuate. Prestazioni fisioterapiche domiciliari non sono realizzate. Assistenze OSS oltre ad un tot di ore non sono effettuate. Agli anziani, che non hanno delle dotazioni economiche, delle capacità economiche sensibili, per poter far fronte ad una badante, ad una fisioterapia, ad una visita geriatrica domiciliare, ne parlo per esperienza diretta e ne porto ad esempio eclatante: famiglia modesta, io faccio l'avvocato, quindi sopperisco alle esigenze familiari, tra assistenza familiare della badante, fisioterapista due volte a settimana e una visita geriatrica mensile, vado a pagare, andiamo a pagare circa 1.450 Euro. Il contributo della Società della Salute è di 71 Euro. Tolto il caso della mia famiglia, che possiamo far fronte, sembra questa l'assistenza? Non mi sembra. Mi sembra che sia l'immagine eclatante di un fallimento di una Società della Salute, perché a fronte di una capacità economica, sì di una famiglia, non tutte sono in grado di potersi assumere le spese per sostenere un fisioterapista a casa, un geriatra a casa, delle OSS oltre a quegli orari, una badante almeno cinque ore settimanali, almeno 25 ore settimanali. Quindi, mi sembra che la Società della Salute debba lavorare molto, superare le soglie dell'isogravità e dell'ISEE perché, ad oggi, di fronte alle emergenze vere ad una assistenza, ad una necessità vera, la Società della Salute è totalmente inerte, insufficiente e carente. E il giudizio non può che essere totalmente negativo. E ne parlo non soltanto come dicevo per esperienza diretta, ma anche perché, come rappresentanti di cittadini, molti mi hanno portato questa sensibilità e questi problemi e fra tutti, ripeto, anche le trenta ore regionali pagate dalla Regione per il contributo assistenza familiare, che sono sì un veicolo per introdurre un eventuale assistente domiciliare familiare all'interno della famiglia per una collaborazione poi continuativa in un secondo step, ma che assolutamente non sono né sufficienti per valutare la persona e né tanto meno per stabilire con essa un rapporto. E, in terzo luogo, sono altresì insufficienti anche soltanto per considerare le difficoltà che un malato può avere nell'assistenza domiciliare e non sopperiscono minimamente neanche le trenta ore per un mese, forse neanche una settimana, neanche dieci giorni per, davvero, dare una boccata d'ossigeno a quelle famiglie che sono in difficoltà. Mi sembra che su tutto questo la Società della Salute debba intervenire con investimenti e risorse, ovviamente, che vengono dal livello regionale, dagli enti sovra ordinati, ma che a fronte di tanti rivoli, di tante politiche annunciate, di fronte alla vera emergenza, la dove sanguina la ferita che sono le persone non autosufficienti e le persone nella fase finale della loro vita, l'unica, l'unico oggetto, che può fare una famiglia..

Parla il Presidente Mantellassi:

Concluda.

Parla il Consigliere Poggianti:

..è gettarsi nelle mani della sanità privata. Grazie.

Parla il Presidente Mantellassi:

Grazie. Consigliere Cioni, prego.

Parla il Consigliere Cioni B.:

Sì, grazie. Allora, beh, intanto vorrei precisare che le domande, a volte anche con una venatura di critica, che possiamo fare, però vorrei che tenessero, e questo mi rivolgo in particolare al Consigliere Poggianti, vorrei che tenessero conto anche di cosa si discute, nel senso che c'è un problema di, sicuramente, welfare italiano, di sottofinanziamento, che dipende da una tradizione politica italiana a sottovalutare in particolare non aver capito che c'era una popolazione che invecchiava, che aumentava lo stato di bisogno e che non è legato alla Società della Salute di Empoli, perché vorrei che si rimanesse, dopo di che c'è una critica più ampia, sicuramente, anche sugli investimenti del PNRR, la nostra parte politica per esempio, sostiene che non sia giusto investire il 2% del PIL in armi e vorrebbe privilegiare una spesa sulle politiche sociali, in particolare una attenzione sulla non autosufficienza, che è vissuta dal Governo, eh, non parlo in questo momento della Società della Salute, come una emergenza quando è un dato, è un trend demografico che da anni va in questa direzione. E quindi è un po' un peccato che ci si senta impreparati.

La prima domanda alla Dottoressa sui disabili. Il progetto di vita, che ovviamente è molto interessante e ci sembra anche da approfondire, magari la inviteremo anche nella terza commissione perché ci sembra che meriti una attenzione particolare, corrisponde al budget di salute? Cioè è, eh, però è, dal budget di salute che deriva il progetto di vita, o comunque c'è un legame di. No? (VOCI FUORI MICROFONO)..Sì, va beh, ora poi ce lo dirà la dottoressa. No, no, tanto poi può rispondere. E quindi, però, la presa, diciamo così, l'attenzione alla vita integrale di una persona, quindi non solo nei bisogni, ma anche nelle aspettative, nei desideri, nelle valorizzazioni delle capacità o delle, ora io sono abituata a parlare degli anziani per cui più delle abilità residue, insomma dei, cioè va in questo senso e che riguarda a 360 gradi. Quindi, più soggetti coinvolti, ecco vorrei che ce lo spiegasse meglio, soprattutto a me che è un, sicuramente è un problema mio. E poi, magari, le chiederemmo di tornare anche in commissione, anche per capire come i progetti di vita si sposano con interventi, per esempio, su residenzialità anche che erano state sostenute, anche nel nostro territorio, rispetto a certi tipi di disabilità. E l'altra cosa: se c'è una differenza, cioè ovviamente in un progetto di vita si assottiglia, cioè sì, è abbastanza chiaro insomma mentre, io sono sempre un po' preoccupata che quando si parla di disabili c'è una vita fino a 18 anni, e poi un dopo, e l'arco di tempo da 18 a 64 c'ha, anche negli anziani da 65 a 100, 102, c'è una variabilità

enorme anche rispetto alle fragilità, che hanno. Nei disabili si capisce che è una, un mondo, cioè ci sono persone diversissime. E un progetto di vita mi convince, una residenzialità, che dà risposte omogenee mi convince molto meno. L'altra domanda è alla Dottoressa Iapichino che la ringrazio per, ovviamente, le considerazioni che faceva il Consigliere Poggianti che, secondo me, sbagliavano bersaglio, però rispetto ad un disagio di risposte non esaustive, la società vive e sicuramente ci sono, dopo non credo sia una responsabilità della Società della Salute. Credo sia, appunto, una responsabilità di governo del welfare più complessiva. Io lavoro in una RSA, non in questa ASL, per cui nella ASL Nord Ovest. E, per esempio, io, è una RSA piccola, ricevo cinque domande, cinque telefonate al giorno di privati che chiedono il ricovero di un genitore o di un suocero, suocera insomma, sempre perché esauriti, perché persone con disturbi cognitivi con problemi comportamentali. E si capisce, cioè uno si rivolge ad un servizio privato, che costa anche 3.000, 3.300 Euro al mese di retta, perché ovviamente è la somma della parte sociale e della parte sanitaria, che il cittadino paga privatamente da solo, a volte l'indirizzo ai servizi perché non sanno nemmeno dell'esistenza dei servizi, e quindi anche qui viene da chiedersi anche il medico di medicina generale come è, perché sicuramente è un professionista del sistema con cui hanno rapporti.

Parla il presidente Mantellassi:

Vada a concludere.

Parla il Consigliere Cioni B:

Sì. La seconda cosa è: rispetto ai dati che lei, e quindi capire anche come viene la domanda, cioè perché si arriva a questa urgenza. Negli interventi fatti, guardavo le domande rispetto alle valutazioni che ha fatto l'UVM e, per esempio, 43 riguardavano la, si sono tradotti in interventi di residenza. Allora, la domanda è: ma perché si arriva troppo tardi a richiedere un intervento? Perché l'attivazione di assistenza domiciliare riguarda 38 persone e il contributo per l'assistente familiare 42. Quindi, il grosso, il grosso insomma, un numero superiore quello delle residenze, che pure è più costoso per (parola non comprensibile), perché cioè ve la siete fatta, mi immagino, la domanda, si arriva troppo tardi a chiederlo per cui le risorse del nucleo familiare sono esaurite, c'è tanta stanchezza. Oppure perché ci sono famiglie che non hanno più la composizione storica della famiglia, per cui più disgregate, che magari vivono in altre città. Oppure perché c'è una difficoltà, ecco, a. L'ultima domanda: se in questi interventi domiciliari, che lei diceva comprendere anche fisioterapista, ci sono anche persone di supporto, per esempio psicologo, anche di supporto al nucleo familiare. Quindi, oltre a chi fa l'intervento sull'anziano, anche di supporto a come gestire, per esempio, episodi di disturbi del comportamento, di delirium ecc. Grazie.

Alle ore 22,35 Entra la Consigliera Di Rosa.

Parla il Presidente Mantellassi:

Grazie. Allora, diamo la parola per le risposte. Poi, direi di riprendere con gli interventi facendo una sessione unica, facendo le domande in fondo perché, altrimenti, rischiamo di fare troppo tardi e non vorrei nemmeno trattenere troppo oltre una certa ora in sala consiliare. Prego.

Parla la Dottoressa Sonia Iapichino:

Rispondo. Posso rispondere? Non lo so. Roberta? Ah.

Parla il Presidente Mantellassi:

Prego, prego. Prego.

Parla la Dottoressa Sonia Iapichino:

Ah, no, no, no. Allora, per quanto riguarda, allora vado a questa ultima valutazione. Quelle 43 diciamo persone, alle quali abbiamo diciamo valutato un progetto assistenziale di tipo residenziale, sono state esaminate e in alcune situazioni, e ce l'ho sott'occhio in questo momento, 4 è deceduto l'unico care giver che se ne prendeva carico, ovvero molte volte noi stiamo assistendo a dei nuclei familiari molto ristretti dove, improvvisamente, viene a mancare il care giver o in care giver ha una grave patologia, quindi ci troviamo in queste condizioni. Nelle situazioni in cui abbiamo un nucleo caratterizzato da un disturbo del comportamento importante, in quell'area di residenzialità, molti si trattano di disturbi del comportamento e riconducibili alla malattia di Alzheimer. In altre situazioni si è trattato di espressioni di residenzialità terminale di fronte ad anziani con patologie oncologiche e mancanza di un supporto in ambito familiare, per esempio. Quindi, assolutamente stiamo cercando di decodificare chi c'è dentro a questa tipologia di residenzialità. E ora, allora, per quanto riguarda invece l'attivazione di fisioterapista, OSS e supporto psicologico anche al care giver e alla famiglia, il pacchetto ACCUDO a cui facevo riferimento e in particolare all'azione 2 del progetto ACCUDO, prevede proprio sui nuclei familiari, che hanno all'interno una persona con Alzheimer o demenza, la possibilità di costruire, in maniera personalizzata un pacchetto che prevede ore di assistenza, nello specifico OSS, fisioterapista per la parte motoria e percorso di sostegno di tipo psicologico al care giver principale e/o alla famiglia in toto. Non so se sono riuscita, diciamo, in qualche modo a centrare o a dare una risposta.

Parla il Presidente Mantellassi:

La ringraziamo. Prego, Dottoressa Salvadori, qualche minuto per la risposta.

Parla la Dottoressa Roberta Salvadori:

Intanto ringrazio la Consigliera Cioni perché mi offre la possibilità di andare oltre e la ringrazio anche per l'invito in commissione, che mi fa molto piacere, do una disponibilità assoluta, il budget di salute è un sistema strumentale al progetto di vita. E' uno strumento in più, con il quale non solo si cambia il paradigma del care alla persona, no? Nella sua totalità e nel suo percorso lungo, giustamente, come diceva prima, ma si cambia anche il paradigma dell'offerta, delle relazioni fra gli attori dell'offerta, dell'essere proattivi anche da parte di istituzioni, che non sono canonicamente, diciamo, storicamente legate ai sistemi dell'offerta, che vanno verso il guardare la salute in una dimensione quasi di benessere più che di salute, no? Perché, visto che lei mi fa la domanda, sa bene che con il budget di salute si vanno a, si va a coinvolgere, si vanno a coinvolgere le istituzioni radicate in un contesto di popolazione e di comunità perché possono andare dalle attività sportive, alle associazioni ricreative, per cui si vanno a riempire tutti i buchi di un percorso lungo, eh. Che sono di supporto a tutte le attività che esistono già in un'ottica di fornitura dei servizi in maniera integrata. Noi abbiamo, in realtà, iniziato questa sperimentazione. Abbiamo iniziato una sperimentazione dove, diciamo, all'interno della sperimentazione anche l'Amministrazione Comunale, i Consigli Comunali, le Commissioni sono fondamentali per il reperimento delle risorse, no? E per coinvolgere il tessuto sociale della comunità. Noi abbiamo iniziato in questa prima fase, nel nostro start up e abbiamo iniziato da comuni un pochino più piccoli, perché questo ci renda più possibile l'operatività e la revisione poi degli steep intermedi di valutazione affinché si possa arrivare con i Comuni più grandi a realizzare quanto più velocemente possibile il nostro progetto. Quindi, ben venga e così poi, magari, vi do le specifiche di quello che abbiamo fatto e quello. Sulla residenzialità, Cioni, mi trova perfettamente d'accordo nel senso che la nostra sfida è quella di non arrivarci. Non arrivarci perché non dico che è una sconfitta, ma insomma nella disabilità diciamo che è veramente l'ultima, l'ultima spiaggia, tra virgolette. E' chiaro che ci sono delle situazioni in cui non possiamo far di meno. Però, è anche vero, guardi, che ci trova talmente concordi in questa visione delle cose, che abbiamo attivato o speriamo di poter attivare anche grazie al PNRR un sistema specifico per la revisione di tutti i progetti, che abbiamo da anni e quindi sulla residenzialità nella disabilità. Per cui, un anno intero lo dedicheremo proprio a questo perché quello, che è importante, si fa un progetto di vita ed è importante farlo a steep. E' importante valutare, rivalutare, rivedere gli obiettivi, cambiare i progetti a seconda delle esigenze e degli obiettivi raggiunti, dove si può arrivare, dove abbiamo sbagliato. Per cui, il progetto di vita è fatto di progetti personalizzati, che sono revisionati all'anno due, tre anni massimo. Grazie.

Parla il Presidente Mantellasi:

Grazie. Allora, darei la parola Dottor Giraldi, in modo tale che possa intervenire. Intanto chiamo, ringraziamo la Dottoressa Salvadori, grazie, e la Dottoressa Iapichino, grazie a voi. Invito a venire qui la Dottoressa Chiara Taddei, la Dottoressa Maria Teresi, Nicole Moldovan, la Dottoressa Moldovan e la Dottoressa Loredana Moraru. Prego, Dottor Giraldi.

Parla il Dottor Massimo Giraldi:

Presidente, buonasera a tutti. Io, appunto, come medico di comunità, coordino l'Agenzia di Continuità Ospedale Territorio, che è stata, appunto, istituita con delibera regionale n. 689 del 2016.

La nostra attività, come ACOT di Empoli, è iniziata l'8 gennaio del 2018, perché la delibera regionale è stata poi recepita dalla ASL Toscana Centro nel 2017 e poi diciamo lo start up è avvenuto, appunto, l'8 gennaio del 2018. L'Agenzia di Continuità Ospedale Territorio..scusate ma, può scorrere le diapositive. Come vedete è formata da una equipe multidimensionale e multi professionale, rappresentata dalle figure stabili delle infermiere, del fisioterapista, del medico di comunità come coordinatore. Ha un supporto amministrativo ci sono assistenti sociali dedicati all'interno dell'ospedale, e anche l'Agenzia di Continuità si avvale naturalmente della competenza in particolar modo di alcuni specialisti, in particolare dei fisiatri per, diciamo, la definizione di progetti riabilitativi e del geriatra naturalmente per quanto riguarda gli aspetti più legati alle forme cronico-degenerative di demenza. Detto questo, naturalmente la definizione dei percorsi e l'allocazione delle risorse avviene sempre coinvolgendo il paziente e la famiglia per la definizione, appunto, di quello che dicevo.

Tra..no, sta andando un po' troppo avanti, non..deve tornare indietro. Allora, tra le funzioni dell'ACOT ci sono, appunto, presidiare e valutare l'appropriatezza delle segnalazioni e le dotazioni delle risorse; lo sviluppo di strumenti di conciliazione terapeutica, che è uno degli aspetti abbastanza delicati cioè quello di evitare la sovrapposizione delle terapie. A volte può succedere che in dimissione ospedaliera, se non si dà le indicazioni giuste, a volte le famiglie capiscono che, naturalmente, ci possa essere una sovrapposizione delle terapie. E questo non deve succedere. Quindi, è uno degli aspetti fondamentali da prendere in considerazione. Così come la valutazione di tutti i rischi legati alla sicurezza del paziente. Naturalmente, in dimissione occorrerà anche assicurare la fornitura di tutti gli ausili necessari in tempi utili, prima che il paziente sia dimesso e, naturalmente, tutte quelle che sono la fornitura dei presidi legati, naturalmente, alla medicazione delle lesioni, alla nutrizione artificiale sia parentale che interale. E, naturalmente, per quanto riguarda i percorsi che prevedono un inserimento temporaneo in RSA, le competenze sono, ci sono tutte anche all'interno dell'unità di valutazione ospedaliera per poter definire progetti personalizzati ed individuali. Avanti. Questa è la composizione con i nomi e cognomi delle persone, che sono in pianta stabile e, naturalmente, delle figure che quando c'è necessità possono essere attivate per la definizione del progetto e, naturalmente, io volevo segnalare che quando si parla di attivazione di figure specialistiche a domicilio, non sempre bisogna solo pensare alle figure specialistiche di tipo medico, ma anche alle competenze di specialisti infermieristici. Per cui, al domicilio del paziente, tranquillamente, nei casi più complessi, è possibile attivare, naturalmente sto parlando di persone totalmente non autosufficienti, completamente allettate, che hanno un livello di complessità livello 3, va bene? Oppure un livello specialistico di cure palliative e, naturalmente, il palliativista è uno specialista, va a domicilio, le cure palliative domiciliari sono una realtà nel nostro territorio. Così come il cambio cannula nelle persone con SLA o con malattie croniche respiratorie, che hanno appunto la canna tracheostomica, e non possono essere trasferite in ambulatorio specialistico ospedaliero o in day service, vengono tranquillamente programmati a casa nella nostra realtà. Quindi, lo specialista anestesista, accompagnato dall'infermiere dedicato domiciliare fa il cambio cannula a casa, ma questo cioè ormai è una realtà ultra decennale della nostra zona. Così come figure specialistiche in situazioni dedicate e delicate e complesse, è possibile attivare qualsiasi figura professionale dal neurologo, dal gastroenterologo al fisiatra. Naturalmente, ripeto, situazioni di complessità e in persone allettate, così come è una realtà la dietista a domicilio per rimodulare le terapie nutrizionali artificiali, in particolar modo nutrizioni interali totali, così come lo stomista a domicilio, per educazione del paziente e dei loro familiari nel cambio della stomia, così come lo

specialista infermiere dedicato alle lesioni da decubito complesse. Queste sono realtà che nel nostro territorio funzionano.

Passo velocemente e vi invito anche a venirci a trovare, noi siamo collocati, siamo tutti professionisti territoriali proiettati in un contesto di tipo ospedaliero. Per una contaminazione delle culture perché c'è necessità di contaminarsi, sempre di più, e di pensare con la mentalità dell'altro e fare come diceva la mia nonna come gli embricini, cioè se abbiamo la capacità di soprammetterci un pochino l'un con l'altro e l'acqua dal tetto non passa e non filtra. E così si fa appropriatezza se insieme si riesce a contaminarsi nello svolgimento quotidiano delle nostre funzioni. Quindi, vi invito tutti, Consiglieri, Assessori, Presidente, a venirci a trovare nella nostra sede, che è al quarto piano dell'Ospedale San Giuseppe di Empoli, questi sono i nostri numeri di telefono, sono i nostri orari e abbiamo una e-mail dedicata e un imbusc dedicato dove confluiscono tutte le segnalazioni che dai setting ospedalieri, sia nostri che fuori zona, arrivano le segnalazioni. Va bene, questi sono gli orari. Vi dicevo che io questo mio intervento l'ho intitolato "tra presente e futuro". Vedete come nel 2021, va bene, le segnalazioni e le prese in carico sono state 5.287 di cui 1.500 di pazienti COVID positivi. Va bene? Su 15.600 ricoveri quindi siamo ad una presa in carico del quasi il 32%, va bene? Detto questo, noi, a differenza delle altre unità di valutazione multidimensionali, non abbiamo un target di età, dobbiamo prendere in carico tutti dai pediatrici, agli anziani, agli adulti. Abbiamo, a differenza anche delle altre, i nostri interlocutori, naturalmente i segnalatori sono i setting ospedalieri, dobbiamo però mediare anche con la famiglia e con il paziente. E, naturalmente, abbiamo dei tempi di risposta molto più dinamici e molto più stretti e stringenti perché naturalmente, sempre cercando di fare il più possibile appropriatezza e rispettando anche i tempi della dimissione, okay, naturalmente c'è anche, diciamo, un livello di occupazione dei posti letto, che naturalmente dobbiamo evitare che naturalmente stiamo fermi, cioè vuoti, per dare risposte il più possibile ai bisogni espressi. Okay? Quindi, e, naturalmente, veniamo da un periodo che è quello che è stato, che è stato quello del COVID nella sua massima espressione, dove abbiamo dovuto rimodulare, anche in maniera molto veloce ed estemporanea, anche le risorse, quindi destinando, per esempio, un setting come Fucecchio, che accoglieva i codici 56 riabilitativi di tipo intensivo con la presenza di un medico H24, si sono dovuti, in tempi brevi rimodulare ad accoglienza dei pazienti COVID e trasformati in cure intermedie, e quindi destinare i pazienti, che avevano bisogno di percorsi riabilitativi intensivi in quel momento, in altre realtà della nostra azienda. Quindi, Don Gnocchi..

Parla il Presidente Mantellassi:

L'ultimo, l'ultimo minuto.

Parla il Dottor Massimo Giraldi:

..ecc, ecc. Okay.

Parla il Presidente Mantellassi:

Grazie mille.

Parla il Dottor Massimo Giraldi:

Vi volevo dire un attimino, quindi, l'ACOT, l'Agenzia di Continuità (parola non comprensibile) Territorio si avvale non solo di percorsi e risorse zonali, ma anche di risorse aziendali che sono presenti nelle diverse ex ASL, quindi Pistoia, Prato e Firenze, sia nei percorsi riabilitativi, sia nei percorsi non riabilitativi. E, naturalmente, vedete come dal punto di vista anche, come ACOT, gestiamo quindici posti letto in RSA come post acuzie all'RSA Le Vele, sono moduli riabilitativi a diversa intensità di riabilitazione, media ed alta intensità. Da questi numeri, che vi proietto, c'è un calo, ma perché in questa fase anche le RSA sono state coinvolte dal COVID e quindi in certe situazioni si sono dovuti non inserire pazienti non COVID, abbiamo dovuto inserire pazienti COVID e quindi si sono trasformate in bolle temporaneamente. Questi 15 posti letto, alla media intensità, più 15 all'alta intensità riabilitativa, naturalmente, pur essendo una RSA dove c'è una quota sanitaria e una quota di parte sociale, però funzionalmente sono pensati e sono gestiti come cure intermedie. Biresidenzialità intermedia di tipo assistenziale, dove il responsabile clinico è il medico di medicina generale e in tempi di COVID, naturalmente, si è avvalso sia della competenza dei medici USCA della continuità assistenziale, sia della competenza di una équipe multi professionale fatta dal geriatra e dell'infermiere, che si chiamano GIROT, okay?

Una risorsa importante, in questo periodo sono state anche il fondo sociale europeo comunitario. Noi abbiamo gestito due tipi di progetti: il progetto RIESCO e il progetto ACCUDO. Il RIESCO a sostegno della domiciliarità anche in pazienti COVID. Come vedete, qui il progetto si è concluso, che è cominciato a maggio 2021 si è concluso nel 2022, abbiamo attivato 1.150 buoni servizio in, diciamo, in coordinamento anche con il territorio, la parte, qui, il 60% le ha attivate l'ACOT in dimissione ospedaliera. Abbiamo investito 828 mila euro in sostegno alle famiglie per la domiciliarità. Una prima rendicontazione alla Regione Toscana del primo semestre e non vi dico la rendicontazione sul fondo sociale europeo che meccanismi, diciamo, importanti si porta dietro, che non è una rendicontazione banale, ma è di tutto rispetto. Che viene filtrata in prima battuta da Regione Toscana e successivamente anche dalle competenze della Comunità Europea. La prima rendicontazione del primo semestre ci sono stati riconfermati 300 mila Euro dell'assegnazione e quindi abbiamo fatto appropriatezza e non abbiamo, diciamo, sperperato nessuna di queste risorse. Il progetto ACCUDO, invece, è un progetto rivolto all'inserimento in RSA. Sono cure, quindi cure intermedie, temporanee, presso l'RSA nella fase di predisposizione dell'accoglienza a domicilio dell'assistito. Cioè..

Parla il Presidente Mantellasi:

Vada a concludere.

Parla il Dottor Massimo Giraldi:

..sono tutte famiglie che riprenderanno l'assistenza, il familiare a domicilio, ma hanno bisogno di un po' di tempo. Allora, questi 20 giorni con un contributo di 2.500 Euro in RSA, gli permette di riorganizzare il setting domiciliare. In qualche mese abbiamo investito 50 mila Euro facendo 20 pacchetti, tutti di venti giorni spendendo il massimo che potevamo spendere 2.500 Euro cadauno. Va bene, le modalità organizzative ci vedono anche in coordinamento con il coordinamento delle dimissioni complesse di Firenze, per l'allocazione delle risorse verso le risorse aziendali. Ecco, io mi auguro e naturalmente che questo concetto della continuità ospedale territorio sia un concetto più ampio, che, invece, è quello territorio, ospedale territorio perché le persone stanno volentieri a casa sua e quando vanno in ospedale, prima erano a casa o in RSA o in RSD. Però, erano sul territorio. Quindi, ben venga in questo prossimo futuro, ed è già in corso l'applicativo nuovo che c'è in dotazione ora e per i quali ci stanno formando, perché siccome noi bisogna andare veloce, se gli strumenti sono più affinati noi dedichiamo più tempo a valutare le persone in ospedale. E, naturalmente, un'altra occasione per ritentare e migliorare il nostro sistema è quello, appunto, del PNRR. Va bene? Mi fermo qui, perché anche questa sarà una occasione per rivedersi e ridiscutere di tutta questa faccenda perché le risorse in campo sono risorse aggiuntive, che ci possono permettere, appunto, di rimodulare quello che già stiamo facendo. Grazie.

Parla il Presidente Mantellassi:

Grazie. Grazie.

Parla il Dottor Massimo Giraldi:

E scusate.

Parla il Presidente Mantellassi:

Grazie Dottor Giraldi. Prego, Dottoressa Taddei.

Parla la Dottoressa Maria Chiara Taddei:

Okay. Buonasera a tutti. Allora, mi chiamo Maria Chiara Taddei..

Parla il Presidente Mantellassi:

Scusi, scusi, vi chiederei di stare in tempi..

Parla la Dottoressa Maria Chiara Taddei:

Due minuti, precisissimi.

Parla il Presidente Mantellassi:

Sei, sette minuti in modo tale da poter..

Parla la Dottoressa Maria Chiara Taddei:

Certamente, ha ragione.

Parla il Presidente Mantellassi:

Far parlare tutti, più che altro, grazie.

Parla la Dottoressa Maria Chiara Taddei:

Assolutamente. Allora, io comincio a parlare e dovrebbero esserci delle slide, comunque intanto inizio, così abbreviamo i tempi. Allora, appunto, mi chiamo Maria Chiara Taddei e lavoro all'interno dell'equipe del Centro Affidi, Centro Adozioni Empolese..ancora prima. Okay. Empolese Valdarno Valdelsa. Si tratta di un, come dire, di un gruppo di lavoro, presento i nomi sinteticamente dei colleghi, che non sono qui, ma che lavorano come me all'interno di questa attività: la collega assistente sociale Baldinotti, due psicologhe la Dottoressa Abruzzese e la Dottoressa Ciccattelli, e due educatrici professionali, la Dottoressa Gini e la Dottoressa Bianchi. Questa equipe si suddivide territorialmente per quanto riguarda la zona del Valdarno, più i Comuni di Fucecchio e di Cerreto Guidi e per il resto dei Comuni invece ha sede qui ad Empoli. Che cosa facciamo? Si può scorrere alla seconda slide. Grazie. Ancora avanti. Allora, io mi limito semplicemente a leggerli perché se no mi ci vorrebbe troppo, ecco, a parlarne. Comunque le tipologie di affidamento familiare sono veramente tantissime: consensuale o giudiziale, intrafamiliare o etero familiare, residenziale o a tempo parziale. L'affidamento in situazioni di emergenza, di pronto intervento sociale o di bambini molto piccoli da zero a 24 mesi. Gli affidamenti a rischio giuridico che, in realtà, si inseriscono appunto in procedure adottive. Gli affidamenti di orfani vittime di violenza intrafamiliare per la salvaguardia dei legami familiari, appunto. L'affidamento di minori stranieri non accompagnati, l'affidamento professionale una tipologia, un assetto organizzativo di affido molto specifico, che ha una sua modalità organizzativa e gestionale su cui ovviamente non mi soffermo. La prosecuzione dell'accoglienza oltre la maggiore età e l'affidamento, quello che prima, appunto, era il buon vicinato, la prossimità. Quindi la disponibilità di adulti e famiglie a tenere i bambini per qualche ora, giusto per aspettare che la mamma rientri dal lavoro, piuttosto che il sabato e la domenica quando la mamma magari è sola e fa i turni al lavoro, il bambino non è a scuola. Quindi, tutti quegli incastri di tempo che sono preziosissimi, assolutamente preziosissimi.

Vado avanti. Che cosa offre il centro affidi come attività, come servizi? Allora, innanzitutto, la promozione e la sensibilizzazione della nostra cittadinanza. Il reperimento di famiglie e singoli perché l'affido, contrariamente all'adozione si apre anche alla possibilità di, come dire, di svolgere i progetti con singoli, che siano appunto disponibili all'accoglienza. La valutazione e la selezione di famiglie e singoli disponibili appunto all'accoglienza. La definizione dei progetti di affido con i colleghi del servizio sociale territoriale. Il sostegno alle famiglie ed ai singoli affidatari e il sostegno, appunto, ai progetti di affido. Il gruppo di sostegno delle famiglie affidatarie, abbiamo sperimentato in questo ultimo anno anche il gruppo dei ragazzi adolescenti in affido e il gruppo degli affidatari intrafamiliari. Quindi, un mondo assolutamente particolare e specifico. La gestione di tutta la documentazione e delle banche dati. La partecipazione ai gruppi di coordinamento regionale e dei centri affido e anche questa è una sperimentazione su cui stiamo lavorando, la collaborazione con i mediatori linguistici per la promozione degli affidi omoculturali, quindi garantire ai bambini provenienti appunto da altri paesi di poter vivere l'esperienza dell'affido con genitori che provengono dal loro stesso paese. Quindi, cercare di facilitare questo aspetto. Ci occupiamo anche, nella prossima slide, dei servizi per l'adozione nazionale ed internazionale e facciamo, quindi, informazione ed orientamento, valutazione delle famiglie su mandato del tribunale per i minorenni, il sostegno ai percorsi adottivi, quindi il post adozione anche tramite i gruppi delle famiglie adottive e degli adolescenti in adozione. Le indagini per la ricerca delle origini, un diritto garantito, appunto, dalla legge per gli adottati. Gestione e documentazione delle banche dati e raccordo con tutta l'area vasta e la Regione.

Per quanto riguarda poi, ed è la prossima slide, vado più veloce che posso eh, leggo e basta, servizi per l'accoglienza dei minori non accompagnati, stranieri non accompagnati, ossia minori presenti sul nostro territorio senza rappresentanza legale. Quindi, la segnalazione della presenza del minore alla Procura Minorile e l'indagine socio-familiare per la nomina del tutore e il provvedimento di affidamento. I percorsi di sostegno a minori accolti in affido o in struttura e il collegamento con il Ministero del Lavoro e le Politiche Sociali per il monitoraggio del fenomeno e l'ottenimento del titolo di soggiorno anche in seguito a percorsi di istruzione e formazione.

Bene, poi ci sono due slide che sono piene di numeri, quindi io non sto a parlarne perché, insomma, credo che i numeri siano belli e importanti ma nella misura in cui sono riempiti un po' di contenuti e di riflessioni e non mi sembra l'ora e il momento per farlo. Quindi, chiudo qui e ho cercato di fare prima possibile.

Parla la Vice Presidente:

Grazie Mille. Passo la parola a Maria Teresi. Se inserisce la tesserina.

Parla la Dottoressa Maria Teresi:

Ah, okay.

Parla la Vice Presidente:

Prego.

Parla la Dottoressa Maria Teresi:

Salve e buonasera. Sono Maria Teresi, sono il referente dell'emergenza sociale per la nostra Società della Salute Empolese Valdarno Valdelsa. Allora, sto aspettando le slide, se arrivano. Okay. Allora, intanto, comincio a parlare, poi, man mano che arrivano le vediamo. Come sapete questo ISTEUS è nato come un piccolo progetto nella nostra zona, nel 2012, quindi dieci anni fa. E poi è stato implementato nel 2017 come servizio dal Dipartimento di Servizio Sociale in accordo con le Società della Salute dell'area vasta Toscana Centro. Ha suscitato l'interesse della Regione per realizzare il famoso pronto intervento sociale, che era previsto dalla Legge Quadro 328 e nel 2020 finalmente è diventato il sistema emergenza sociale, regionale SEUS. E risponde alle emergenze e urgenze sociali trasversalmente su tutti gli ambiti zionali, quindi minori, adulti, anziani, ed è una rete tempo dipendente. Attualmente, cioè stiamo parlando di qualche giorno fa, si sono unite altre zone e sono 13 zone quelle che attualmente stanno sperimentando il sistema d'emergenza ed urgenza sociale regionale. La titolarità del SEUS è pubblica e nell'assetto organizzativo distinguiamo due filiere: quella della, appunto pubblica, e quella privata del soggetto gestore. Quindi, stiamo parlando di un sistema ibrido che mette insieme il sistema pubblico con il sistema privato. Se può andare avanti. Allora, quali sono gli organismi della filiera pubblica? La cabina di regia, che è composta dai Direttori dei Servizi Sociali ASL, dal coordinatore tecnico-scientifico ASL, dagli Assessori Regionali, dal Direttore SDS capofila, che in questo caso è il nostro Direttore Franco Doni e dal Presidente dell'Ordine. Inoltre, come struttura, abbiamo il gruppo di coordinamento generale SEUS che è composto da tutte quelle figure, quindi c'è il coordinatore tecnico scientifico, poi ci sono i RES, quindi tutte le figure che come me sono nelle altre zone e che sperimentano, i vice RES, i dirigenti delle aree del Dipartimento Sociale, poi i referenti dei vari dipartimenti e i referenti dei codici rosa, i responsabili UFF di ogni zona e dal coordinatore tecnico della centrale operativa e delle UTES del soggetto gestore. Cosa fanno? Coordinano le linee di realizzazione e di funzionamento del servizio. Perché si vuole rispondere con appropriatezza a questo bisogno complesso che è l'emergenza, in maniera trasversale e si vuole anche armonizzare il più possibile all'interno di tutta la Regione. Nell'infrastruttura del nostro GOLS, il gruppo operativo quindi che lavora nelle situazioni d'emergenza, è formato, appunto, dal coordinatore tecnico scientifico Andrea Mirri, dalla coordinatrice tecnica della COES e delle UTES, che esprime però la Cooperativa, che attualmente ha vinto il bando, è la Pietra d'Angolo, Arianna Giannelli. Poi, c'è il referente assistente sociale che supporta appunto Arianna Giannelli, che è di volta in volta partecipa alle riunioni del GOES. Poi ci sono io come RES, e poi come vedete ci sono Elisa Guerrieri, che è la nostra unità funzionale, Andrea Barani come responsabile area minori e famiglie, Barbara Biagini come responsabile adulti, Denise Gagliardi come responsabile del segretariato sociale, Giovanna Spanedda per gli anziani, Loredana D'Ermilis per l'area disabilità e poi abbiamo Loredana Moraru che sentirete tra poco che è il referente Codice Rosa della nostra zona, Milo Morelli che invece fa parte dell'equipe dell'ACOT, Valentina Tinti che è il referente per la salute mentale, Nicolai Moldovan che sentirete perché referente dell'emergenza abitativa e Raffaella Esposito che è proprio anche dell'ACOT. Tutto questo gruppo lavora affinché le situazioni d'emergenza, che gestisce

come pronto intervento sociale la centrale operativa, che adesso vi descriverò, siccome il SEUS è una rete tempo clinica dipendente, si occupa di un bisogno complesso, questo bisogno poi deve essere, come dire, accompagnato nel territorio e ci deve essere una presa in carico del servizio sociale territoriale perché noi ci occupiamo di quella piccola porzione, che risponde alle emergenze in atto in quel momento. A quel bisogno che ha fatto, diciamo, perdere la capacità di reazione alla persona, la aiutiamo in quel frangente lì, risolviamo un po' come fa il pronto soccorso, risolve il problema sanitario, noi risolviamo il problema sociale in atto in quel momento e poi passiamo alla situazione al servizio sociale territoriale che se ne prende carico.

Andiamo avanti. Allora, come vi dicevo, c'è la filiera del soggetto gestore che esprime anche lui, quindi, come assetto organizzativo un coordinatore tecnico delle COES e delle UTES e vi vado a dire meglio chi sono nella prossima slide. La COES è la nostra centrale operativa di emergenza sociale, che è composta da assistenti sociali professionali iscritti all'ordine. La centrale operativa risponde per tutte le 13 zone, che attualmente sperimentano il SEUS, proprio per scelta regionale e per tenere comunque in sperimentazione un sistema che non si vuole fare duplicare, ma si vuole mantenere una linea comune. Segue la Centrale Operativa, la linee che vengono indicate quindi dalla cabina di regia, dal coordinamento e dai GOES. E come vi dicevo è attivo 24 ore su 24, 365 giorni all'anno e dispone di un numero verde di una sede unica.

Andiamo avanti. Altra appunto assetto organizzativo della filiera del soggetto gestore sono le UTES, le unità territoriali di emergenza sociale, che vengono attivate dalla centrale per rispondere, appunto, in loco all'emergenza. Si può per strada, in ospedale, in casa della persona, noi andiamo direttamente là dove si esprime l'emergenza. Rappresenta quindi il braccio operativo della centrale e svolge in loco l'intervento, composta anche questa da una assistente sociale professionale. Chi può segnalare al numero verde? Attualmente, per non fare implodere cioè il sistema e perché i fondi giustamente sono quelli e speriamo in futuro ci siano più fondi anche che arrivino dal fondo povertà e quant'altro, si è scelto di non dare il numero ai cittadini, che non possono attivare in via diretta il SEUS, ma di darlo esclusivamente attualmente a quattro segnalanti, noi li chiamiamo i grandi segnalanti del sistema SEUS, che sono appunto il servizio sociale territoriale, le forze dell'ordine e la polizia municipale, il pronto soccorso e l'ospedale e le amministrazioni comunali. Quindi, anche voi siete i nostri segnalatori. Il percorso della segnalazione, okay, allora ci sono i segnalanti che hanno questo numero verde. Ora lo dovrete avere, non lo scrivo mai perché non si sa mai, magari viene dato poi da qualche parte e finisce che ci chiamano tutti. Il numero verde, appunto, attiva e risponde un assistente sociale della centrale operativa. L'assistente sociale della centrale operativa decide dopo un ascolto intervista guidato, un po' come fanno al 118 quando vi rispondono, se è una situazione da aprire o no. Se decide per la non apertura informa comunque subito il RES della zona e il RES della zona informa il responsabile di area competente. Se invece decide per aprire, come vedete, quindi in giù la parte rossa, gestisce l'intervento coordinandosi con l'UTES e il RES della zona, ma anche in team con i segnalanti. Quindi, la novità è che si gestisce l'intervento di emergenza collaborando tutti insieme e non si è più soli come operatori a gestirlo. Quando l'intervento, diciamo, è concluso, la centrale operativa, quindi gli assistenti sociali procedono alla chiusura ed al passaggio al servizio sociale territoriale e lo fanno attraverso appunto il RES. Il RES..

Parla la Vice Presidente:

La prego di concludere.

Parla la Dottoressa Maria Teresi:

..che è stato..

Parla la Vice Presidente:

Gentilmente. La prego di velocizzare e concludere. Grazie.

Parla la Dottoressa Maria Teresi:

Ah sì. Il RES che è stato avvisato della situazione in apertura e che ha collaborato, passa la situazione al responsabile di area, che poi si occuperà diciamo di gestire la presa in carico sul territorio. Va beh, si va avanti magari arriviamo ai dati. Okay.

Allora, vi descrivo velocemente solo questi dati e poi, comunque, per approfondimenti vi do una notizia, che è recente: la Regione ha deciso che quest'anno svilupperà i dati in collaborazione con noi e li svilupperà un po' per tutti anche, diciamo, l'esterno perché finora noi facciamo un report dei dati che vanno ai servizi sociali della zona, ma che devono servire ad una riflessione professionale per migliorare le azioni. Però, adesso la regione vuole svilupparne alcuni che siano leggibili anche da altre platee che non sono tecnici professionisti. Per cui, prossimamente, vedrete un report regionale sul SEUS. Vi dico che nella nostra zona nel 2018 su 991 situazioni, di cui abbiamo, ci siamo occupati, 467 erano della zona empolesse. Nel 2019, come vedete, 1.429 per tutte le zone sperimentanti, 496 erano della nostra zona. La nostra zona ha una storia di dieci anni con questo sistema, quindi è quella che in qualche maniera ha sempre sviluppato più lavoro e ha risposto a più persone e più bisogno. Nel 2020 e nel 2021 vedete un calo dovuto appunto alla pandemia, al periodo che abbiamo passato. Quindi, su 1.027 segnalazioni, 327 erano nostre, 1.311 nel 2021 e 249 erano nostre. Ci sono altri dati, ma ho poco tempo, e insomma le cose importanti ve le ho dette.

Parla la Vice Presidente:

Grazie mille. Passerei, allora, la parola a Nicolai Moldovan. La tesserina. Prego.

Parla la Dottoressa Nicolai Moldovan:

Buonasera. Proverò ad essere più veloce possibile. Dunque, l'emergenza abitativa parte da un progetto sperimentativo del 2014. Dal dicembre 2020 la parte dell'emergenza abitativa viene regolata dal regolamento in base alla delibera 10 del 30 dicembre del 2020. E faccio un breve accenno su quella che è la funzione dell'emergenza abitativa. Cioè l'emergenza abitativa e come è composta e come funziona. L'emergenza abitativa ha come strumento unico la commissione tecnica

per l'emergenza abitativa, che è composta dal Direttore della Società della Salute o il suo delegato, il responsabile dell'area minori e famiglia o il suo delegato, il responsabile degli adulti e contrasto alla povertà della Società della Salute o il suo delegato, l'assistente sociale dell'emergenza abitativa, il rappresentante delle politiche abitative dell'Unione dei Comuni ed altri Comuni aderenti alla Società della Salute, rappresentate dall'Agenzia Sociale per la Casa, che possono partecipare in relazione all'ordine del giorno senza diritto di voto, il rappresentante di Publicaasa, APES e assistente sociale che ha in carico le situazioni. Dunque, la commissione, come dicevo, è lo strumento. Il cittadino si presenta in autonomia presso gli uffici, sportelli che si trovano in tutti i Comuni, oppure sull'invio dell'assistente sociale e successivamente le domande arrivano in ufficio della segreteria, che, appunto, la segreteria fa parte della commissione, mi è sfuggita. E quindi da questo punto l'assistente sociale dell'emergenza abitativa fa la verifica della presa in carico o meno di queste, delle situazioni, cioè verifica se le situazioni o non sono seguite dal servizio sociale. Qualora le situazioni sono seguite dal servizio sociale, le domande vengono inviate direttamente ai colleghi che seguono i nuclei cittadini sul territorio e le altre situazioni rimangono in carico all'assistente sociale dell'emergenza abitativa, il quale fa una valutazione e laddove con un progetto di breve/media durata si può arrivare ad una risoluzione del problema, la tiene in carico. Diversamente, prende contatto con il responsabile di area di riferimento, area adulti, area minori o area anziani e disabilità e poi viene deciso il passaggio sul territorio.

Come soluzioni, che ci sono nella..ecco, passo ora, ho fatto questo, passo subito alle domande. Dunque, una arrivate le domande in commissione, appunto vengono valutate queste domande e nel 2021 sono state presentate 242 domande. E da queste 242 domande 149 sono state presentate da cittadini conosciuti dal servizio sociale e 93 sono state presentate da cittadini non in carico, non conosciuti dal servizio sociale. E successiva, sempre nel 2021 da 242 domande valutate, 128 domande appartengono all'area minori e famiglie, 93 area adulti, 16 area anziani e 5 area disabilità. E ho fatto anche una divisione per cittadinanza e quindi dal totale di 242 domande valutate, sono risultate nove domande da cittadini, cittadinanza comunitaria e 98 italiana e 135 extra, cittadini con cittadinanza extra comunitaria con regolari documenti di soggiorno sul territorio italiano. Abbiamo qui la divisione per Comune dal totale delle 242 domande valutate nel 2021. E possiamo vedere, appunto, Comune per Comune il numero di domande che sono state presentate. E abbiamo Empoli con il numero più alto, ma è anche normale visto che, comunque, è la città più grande. Dunque, passiamo alla divisione per esito della commissione. E qui possiamo parlare anche di quelli che sono i vari interventi che si sviluppano in questa occasione. E vediamo che predomina il contributo per la prevenzione dello sfratto per la morosità. Sono state presentate 68 domande. Abbiamo i contributi per accesso a nuovo alloggio 53 domande e in commissione vengono, appunto, valutati anche i dinieghi perché non tutte le domande, che vengono presentate hanno sempre una risposta positiva. Però, ci sono sempre dei percorsi alternativi e si affronta tutte le problematiche. E abbiamo per la divisione per fascia di età, questo perché? Per far vedere, comunque, appunto il passaggio dell'emergenza abitativa non è soltanto su una fascia di età, ma, come si nota, tra i 18 e i 27 anni sono sette domande, 28-37 42 domande, e abbiamo persino una domanda presentata da un cittadino che aveva tra gli 88 e 97 anni, per l'esattezza 91. E qui abbiamo un andamento dei contributi economici per la prevenzione dello sfratto, questo mi sembrava molto interessante perché vediamo che nel 2015 erano 48 le domande, siamo arrivati al 2019 dove il numero delle domande ha iniziato a calare e successivamente dal 2019 al 2021 nel 2020 siamo arrivati a 65 domande per contributi per la prevenzione e lo sfratto e nel 2021 a 68 domande, pur essendo anche in una fase di stop degli

sfratti, della sospensione degli sfratti. E quindi questo ci dice che appunto la pandemia ci ha creato grossi problemi, ecco. E abbiamo ora l'andamento dei contributi economici per accesso al nuovo alloggio dal 2015 al 2021. E quindi appunto si parte da 65 domande nel 2015 e arriviamo a, nel 2021 a 25 domande. Questo ci fa pensare non solo al fatto che non c'è una necessità di un alloggio, ma anche le difficoltà che i cittadini stessi riscontrano nel reperire una nuova soluzione abitativa perché nella situazione di precarietà, in cui ci troviamo, è molto difficile. E noi in questo contesto siamo anche, collaboriamo anche con il terzo settore, appunto, anche c'è la cooperativa Casa E, e Agenzia per la Casa, che, appunto, fa parte della Commissione. E alcuni progetti, in tanti progetti si collabora con loro. E successivamente abbiamo l'andamento degli inserimenti ai centri di emergenza abitativa. I centri di emergenza abitativa sono delle risposte, che vengono date sempre in commissione ai cittadini hanno un tempo determinato perché, appunto, è un centro di emergenza abitativa e il cittadino può stare tre mesi, sei mesi e dei progetti ad hoc e successivamente vengono rivalutati i percorsi. E abbiamo centri di emergenza abitativa ad Empoli, Certaldo, e abbiamo un appartamento per solo uomini e quindi anche qui abbiamo, siamo riusciti a fare un passo dal notturno ad un percorso diverso per le persone che transitavano dalla casa albergo, insomma.

Parla la Vice Presidente:

Chiedo di concludere, se è possibile.

Parla la Dottoressa Nicolai Moldovan:

Io vi ringrazio perché si arriva in fondo, c'è una pagina bianca e quindi vi ringrazio. La pagina bianca perché comunque ci sarebbe tanto da dire, ma siamo in ritardo. Grazie.

Parla la Vice Presidente:

Grazie. Passerei, allora, la parola a Loredana Moraru. Grazie. Prego.

Parla la Dottoressa Loredana Moraru:

Sì, sono Loredana Moraru referente per la rete anti violenza della nostra zona Empolese Valdarno, Valdelsa. E quindi del Codice Rosa, nonché referente per l'area consultoriale e nello specifico per il progetto "Mamma Segreta". Il mio ruolo, può scorrere avanti, grazie, il mio ruolo si inserisce all'interno di un ambito di contaminazione e di integrazione socio-sanitaria. Io lavoro a stretto contatto con personale sanitario, chiaramente all'interno dei consultori, ma non solo, rappresento un nodo importante e centrale all'interno del sistema dei servizi socio-sanitari integrati perché mi rapporto con personale sanitario nella gestione delle vittime di violenza. Con i servizi emergenza urgenza sociale nelle stesse occasioni, nella gestione in urgenza delle vittime di violenza. Lavoro in equipe con l'equipe multidimensionale che si occupa a vario titolo in base alla propria professionalità del percorso integrato delle vittime di violenza. Mi rapporto con i centri anti violenza

del territorio nella progettazione e nella co-progettazione, nella formazione integrata, nei progetti per l'autonomia delle donne e per la fuoriuscita dalla violenza.

Può scorrere avanti. Grazie. Vado velocemente proprio perché siamo in chiusura e sono affaticata anch'io. Il percorso Codice Rosa, quindi, tutti noi sappiamo che è un percorso assistenziale e socio-sanitario integrato, destinato alle vittime di violenza senza distinzione di genere, età, condizione sociale, stato giuridico o provenienza etnica. Faccio questa importante precisazione perché siamo forse più abituati a parlare di donne vittime di violenza maschile e questo, infatti, è un aspetto molto importante, che riguarda l'ambito della violenza. Il percorso Codice Rosa introduce questa importante novità, che è l'essere un percorso, una rete generalista, ovvero dedicarsi alle vittime di violenza in generale, indipendentemente dalla loro condizione, in situazioni di maltrattamento, abuso sessuale, stalking o crimini d'odio. Il percorso Codice Rosa quindi garantisce una presa in carico di tipo continuativo. Diciamo che si pone l'obiettivo di garantire alla persona, nel momento in cui rivela di avere subito una violenza, nel contesto in cui lo rivela, gli garantisce un percorso continuativo, ovvero se la rivelazione della violenza avviene all'interno del pronto soccorso, in un momento di emergenza, la persona sarà curata, trattata per il problema per il quale si presenta in pronto soccorso, ma sarà messa in condizioni di proseguire un percorso di tutela e di fuoriuscita dalla violenza una volta tornata a casa, se questa è la sua scelta, anche dal maltrattante. Molte volte capita, oppure all'interno di un percorso di protezione all'interno di strutture sul territorio. La presa in carico territoriale e quindi la continuità del progetto sul territorio è garantita dal team multidisciplinare. Può andare avanti, grazie. Che è composto dai referenti territoriali, dalle ostetriche ginecologhe del consultorio, dei nostri consultori, dagli assistenti sociali e territoriali per area di competenza, dal servizio sociale emergenza-urgenza sociale, rappresentanti quindi anche dell'Agenzia Continuità Ospedale e Territorio, operatori salute mentale, adulti, infanzia, SERD e neuropsichiatria. Il Centro Antiviolenza Frida e il Centro Antiviolenza Lilit, il Centro Ascolto Uomini Maltrattanti, l'Associazione Nos OTRAS, la rete Dafne, le forze dell'ordine i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e qualsiasi altro soggetto della rete territoriale che possa avere una competenza e un interesse nella gestione delle vittime di violenza. Il nostro team, è un team nominato con atto del direttore. Io sono la coordinatrice del team nonché, appunto, la referente della rete e tutti noi condividiamo una metodologia, nonché una procedura di gestione delle vittime di violenza in maniera integrata e coerente. Vi ho riportato alcuni dati. Non sono dati, ecco, come avete visto, grafici fino ad ora, perché riportano un dato molto fedele, raccolto quasi in maniera artigianale, in questo periodo della pandemia e forse anche post pandemico, se così vogliamo chiamare il periodo che stiamo vivendo ora, ed è importante sottolineare come negli anni del COVID, i nostri due centri antiviolenza non si sono mai fermati, anzi, nella gestione della violenza sono, si sono reinventate e si sono anche rimesse in gioco per poter garantire l'accoglienza, così come veniva chiesta loro. Non eravamo organizzati sul territorio per mettere in condizione le donne di stare nel periodo di quarantena richiesto poi dalla normativa sanitaria. Il Centro Antiviolenza Lilit per primo, e poi il Frida successivamente, sono stati in grado di organizzarsi per accogliere 75 donne e 78 minori, la Lilit, e Frida 20 donne e 17 minori, in percorsi di fuoriuscita dalla violenza. E protettivi, insomma, per la tutela della loro vita, ecco. Nel 2021, invece, la rete territoriale Codice Rosa ha intercettato 79 vittime adulte di violenza e 52 minori. Dal 1° gennaio 2022 ad oggi ho registrato, questo dato non è più attuale in realtà perché le slide le ho composte tre, quattro giorni fa, purtroppo oggi, ad oggi registriamo ben 36 vittime adulte di violenza, quindi in tre giorni tre vittime e 26 minori.

Ancora avanti. Grazie. La rete antiviolenza si organizza, organizza la propria attività e la gestione dei propri rapporti attraverso lo strumento del tavolo permanente zonale antiviolenza a cui partecipa il Centro Antiviolenza Lilit, il Centro Antiviolenza Frida Kalo, il centro ascolto uomini maltrattanti, in realtà molto importante nella lotta alla violenza di genere, alla violenza maschile nei confronti delle donne, proprio perché non si può prescindere nella relazione di violenza dalla parte che agisce violenza e che quindi deve essere inserita in un contesto di recupero e di trattamento. All'interno del tavolo permanente zonale antiviolenza partecipa anche l'Associazione Nos OTRAS. Come vedete la partecipazione dell'Associazione Nos OTRAS è importante per tutta quella sfera di competenze specifiche all'ambito delle migrazioni.

Avanti. Le funzioni del tavolo sono quindi condivisione, sviluppo e promozione di progetti e interventi di contrasto alla violenza nonché monitoraggio dei singoli progetti in essere sul, nei casi delle vittime di violenza in percorsi di protezione ed autonomia. All'interno dello stesso tavolo monitoriamo e gestiamo gli accordi di rete e le convenzioni con l'ente.

Attualmente, stiamo gestendo e monitorando, nonché progettando alcuni ambiti specifici legati ad un finanziamento regionale, chiamato "Donne al Centro 2022", che è stato ottenuto dall'ente l'anno scorso e che ha scadenza il 31 dicembre 2022. Abbiamo ottenuto dalla Regione, presentando questo progetto, 40 mila Euro circa, che serviranno per poter erogare contributi per l'affitto a favore di tre donne, in case rifugio e riuscire così a poterle mettere in grado di intraprendere un percorso di autonomia abitativa e potersi svincolare, diciamo, dal Centro Antiviolenza ed intraprendere un cammino come è giusto che sia, da sole. Oltre, ecco, ai programmi per maltrattanti e a formazione congiunta con i partner del tavolo.

Stiamo lavorando anche con i centri per l'impiego in percorsi per l'occupabilità e l'autonomia lavorativa delle donne vittime di violenza, e recentemente abbiamo, ci siamo impegnati con i centri antiviolenza del nostro territorio nella progettazione, nella co-progettazione e quindi insieme abbiamo ideato un progetto e abbiamo presentato domanda al Ministero richiedendo 200 mila Euro per l'apertura di due nuove strutture di pronta emergenza, in modo da poter accogliere nuove, di avere nuovi posti in accoglienza e poter gestire l'emergenza in modo efficace.

Allora, un breve focus sul consultorio giovani, proprio perché, appunto, so che è di interesse ed essendo referente riesco anche un po' a parlarne. Il consultorio giovani un servizio rivolto ai ragazzi dai 14 ai 24 anni, non è necessaria l'autorizzazione dei genitori per potervi accedere. All'interno del consultorio sono presenti una ginecologa, una ostetrica, la psicologa, l'assistente sociale e la mediatrice di lingua araba. Attualmente, il consultorio di Empoli è temporaneamente ospitato a Sovigliana, alla Casa della Salute, ma noi tutti sappiamo ed aspettiamo con una certa trepidazione l'apertura del consultorio qui ad Empoli in centro. L'altra sede del consultorio giovani è a Santa Croce sull'Arno e la terza sede è Castelfiorentino. Prego.

Le attività specifiche del consultorio giovani riguardano, chiaramente, l'ambito ginecologico, ma l'equipe socio-sanitaria collabora al completo e tratta situazioni complesse, come quelle che possono essere le interruzioni di gravidanza delle persone minorenni, le gravidanze precoci e mi riferisco anche a gravidanze di ragazze infra-sedicenni. Questo pone un problema anche di riconoscimento del bambino alla nascita. Non sono, per fortuna, molto frequenti, ma in questi giorni ne sto trattando una. Quindi, in realtà, qualcuna c'è.

Il Codice Rosa l'ambiente del consultorio è un luogo privilegiato per la rivelazione delle situazioni di abuso e di maltrattamento subito. Le questioni che riguardano l'identità di genere, il progetto "Mamma segreta", le situazioni che riguardano le vittime di tratta, le donne che affrontano situazioni di tratta nel loro viaggio per arrivare in Italia e che spesso si presentano al consultorio con problematiche afferenti alla sfera appunto intima.

La salute mentale in gravidanza è un ulteriore fattore di complessità, che, appunto, ci tiene in rete con gli altri servizi sanitari del territorio nonché con l'ospedale.

Faccio un piccolissimo focus sul progetto "Mamma segreta" perché è molto interessante, perché, appunto, punta, è un progetto della Regione Toscana che punta a prevenire l'abbandono dei bambini alla nascita e ad accompagnare le donne, le ragazze che, avendo appreso tardivamente di una gravidanza indesiderata, non possono più interromperla, perché non sono più nei limiti consentiti dalla legge, ma hanno la facoltà di essere accompagnate a maturare un pensiero maturo, appunto, una decisione in merito al riconoscimento o meno del futuro nascituro. Quindi, nell'ambito del consultorio può capitare di incontrare ragazze che entrano in questo tipo di percorso, e, a quei punti, verrebbero seguite insieme all'equipe consultoriale, ma anche insieme all'equipe delle gravidanze a rischio dell'Ospedale San Giuseppe e per, appunto, maturare una scelta consapevole circa il riconoscimento o meno del nascituro alla nascita.

Parla il Presidente Mantellassi:

Vada a concludere, per favore. Grazie.

Parla la Dottoressa Loredana Moraru:

Sì. E, in effetti, sto concludendo. Prego.

Parla il Presidente Mantellassi:

Grazie, grazie.

Parla la Dottoressa Loredana Moraru:

E la, l'ambito che ho brevemente delineato, come potete ben capire afferisce all'integrazione socio-sanitaria e lavora in un'ottica di continuità ospedale territorio e agenzie per la salute. Grazie.

Parla il Presidente Mantellassi:

Grazie mille Dottoressa Moraru. Procediamo, quindi, con gli altri interventi. Do la parola alla Dottoressa Paola Pozzoli, che è referente per le politiche sociali per il lavoro e reddito di cittadinanza. Prego Dottoressa.

N.B. A QUESTO PUNTO DEL DIBATTITO, PRIMA DELL'INTERVENTO DELLA DOTTORESSA POZZOLI, INTERVENGONO ALTERNANDOSI ALTRE ORATRICI, CHE INTRODUCONO IL TEMA "POLITICHE SOCIALI PER IL LAVORO E REDDITO DI CITTADINANZA". SI TRATTA DI UNO STRALCIO DI UNA INTERVISTA REALIZZATA CON CANALE 50.

La Società della Salute dell'Empolese Valdarno Valdelsa, insieme ai soggetti del terzo settore ha dato vita al progetto di inclusione sociale, lotta alla povertà, lavoriamo inclusivamente. Nel particolare ci si rivolge a persone disoccupate soprattutto nella fascia 50-65 anni, che hanno perso il lavoro a causa pandemia. A donne sole con minori a carico, a giovani dai 18 ai 35 anni con bassa scolarizzazione ed ogni uscita da percorsi scolastici appartenenti a nuclei familiari fragili, ad individui senza fissa dimora, a piccoli imprenditori e a partite IVA che sempre a causa della pandemia hanno visto ridursi drasticamente la propria attività e a persone che beneficiano del reddito di cittadinanza. Gli sportelli di accoglienza dedicati poi saranno individuati su Certaldo, Castelfiorentino, Empoli, Fucecchio, Santa Croce e San Miniato.

I beneficiari di questo servizio sono persone, che, purtroppo, si trovano in una condizione di fragilità e in una condizione di vulnerabilità economica dovuta alla nuova povertà scaturita dal COVID, nel corso del 2020 e protratta fino ad oggi e alla guerra Ucraina. Diciamo che queste persone vengono segnalate dal servizio sociale professionale, dal centro impiego, dal segretariato sociale e dai servizi degli sportelli territoriali. Le persone accedono al progetto LINK attraverso una equipe formata da assistente sociale e orientatore che ne valutano l'occupabilità attraverso una scheda lavorata dai partner ed Arcopin di Prato. Le persone, all'interno di questo progetto, potranno beneficiare di due macro aree: una parte la formazione e l'altra parte sono i tirocini di inclusione sociale. I tirocini di inclusione sociale, sulla base dell'occupabilità, saranno attivati sia in cooperative che in aziende del territorio. E il fatto di essere una rete di soggetti pubblici e privati, all'interno, appunto, del territorio dell'Empolese Valdelsa Valdarno, crea una garanzia per le aziende, una garanzia di affidabilità del progetto.

In questa unione di intenti è da riscontrare l'adesione formale al progetto da parte dei centri per l'impiego sia della Provincia di Firenze che della Provincia di Pisa, che intervengono nelle varie fasi.

I centri per l'impiego, partecipano formalmente al progetto LINK. Centri per l'impiego che sono emanazione di ARTI, l'Agenzia Regionale Toscana per l'Impiego, partecipano per le aree fiorentine i centri per l'impiego di Empoli e Castelfiorentino e per l'area Pisana il Centro per l'impiego Santa Croce sull'Arno e partecipano nelle varie fasi del progetto, sia in accesso, che nella presa in carico degli utenti, che nella progettazione dei percorsi individualizzati.

L'organizzazione ben definita quella creata dai centri per l'impiego che sono, di fatto, andati a formare delle equipe di lavoro distinte, ma dal forte legame, per un obiettivo comune dato appunto dal progetto LINK.

E' una equipe multidisciplinare, a cui partecipano esperti in politiche attive del lavoro. La coordinatrice, l'assistente sociale e l'orientatore e il tutor del progetto. Il lavoro si divide in due parti: una prima fase di assessment, nella quale le parti condividono le informazioni sul percorso lavorativo della persona, se è iscritto al centro per l'impiego, le eventuali esperienze pregresse e, diciamo, tutte quelle informazioni che diventano un patrimonio utile agli operatori coinvolti nel progetto. Si passa poi ad una seconda equipe nella quale si definisce l'ipotesi del percorso del beneficiario e questo viene fatto alla luce della valutazione delle competenze, fatta dall'assistente sociale del progetto insieme all'orientatore, e anche alla luce del grado di occupabilità fatta dal centro per l'impiego. Le ipotesi di percorso possono prevedere un inserimento in un percorso formativo, un avvio in un tirocinio di inclusione, oppure la valutazione all'interno di possibili proposte di assunzioni da parte delle aziende, che hanno aderito al progetto. Il CPI collabora a stretto contatto con i servizi sociali ormai da anni, proprio con il territorio del Valdarno Inferiore, e, frequentemente, hanno costruito delle buone prassi basate sui lavori di equipe, in solo in merito ai cittadini aderenti al progetto LINK, ma anche ai beneficiari del reddito di cittadinanza.

Per poter riuscire nell'intento, il progetto LINK ha predisposto tirocini formativi in varie aziende l territorio, dove queste, con il loro supporto, proveranno a fornire nuove competenze ai destinatari per dare loro vere chance di successo lavorativo futuro e quindi di autonomia.

Parla il Presidente Mantellassi:

Era per movimentare un po'. Prego, Dottoressa. Sì, non vedo la tessera inserita. Però, se è inserita male. Ecco, prego.

Parla la Dottoressa Paola Pozzoli – Referente per le politiche sociali per il lavoro e reddito di cittadinanza:

Allora, intanto, mi chiamo Paola Pozzoli e coordino i progetti di accompagnamento al lavoro e mi sono giocata i miei primi quattro minuti. Quindi, me ne rimangono solo tre. Allora, l'idea di presentare questo, questo è lo stralcio di una intervista che abbiamo realizzato con Canale 50, che dura circa 20 minuti. Un piccolo stralcio perché vi volevo raccontare un modello. Quindi, non guardiamolo come l'ultimo progetto, che abbiamo attivato sul territorio di accompagnamento al lavoro che, appunto, è il progetto LINK "Lavoriamo inclusivamente", ma guardiamolo come modello, come metodo di lavoro che noi siamo riusciti a realizzare, che quindi è attivo qui nella nostra Società della Salute e che vede il coinvolgimento dei servizi sociali e dei centri per l'impiego in collaborazione con gli enti del terzo settore del nostro territorio ed è, ve lo posso garantire, l'unico progetto di questa portata su tutta la Regione Toscana. Tant'è che lo andremo a presentare anche la prossima settimana al livello regionale. Ed è, diciamo, l'evoluzione di tutti i progetti precedenti: i POR FSE, il progetto Win, il reddito di cittadinanza. E ha raccolto anche molte delle esperienze presentate dalle colleghe precedenti riguardo agli inserimenti socio assistenziali. Quindi,

il progetto prevede la possibilità di attivare diversi percorsi. Non vi presento il diagramma di flusso perché è molto complesso e verrà poi allegato poi alle slide, che vi verranno, vi sono già state girate. La possibilità, quindi, di entrare in percorsi, percorsi formativi, che stiamo comunque formalizzando con l'Agenda Formativa del nostro territorio in base anche alle esigenze delle aziende e quindi non percorsi formativi, general generici, ma percorsi formativi che abbiamo concordato con le aziende che abbiamo intercettato in questi due anni di attività. Tutti i tirocini di inclusione sociale, la possibilità di accedere a percorsi di laboratori occupazionali protetti, e ne stiamo, ne sono già stati attivati due, ne stiamo attivando altre tre o quattro, e attività di gruppo legate alla motivazione. Vi do alcuni numeri del nostro territorio. Il nostro territorio è l'unico che al livello regionale ha raggiunto l'obiettivo sul POR FSE con ben 102 due tirocini attivi ad oggi. Sul progetto LINK, in pochi mesi di attività, perché, in realtà, siamo partiti diciamo a gennaio, abbiamo già attivato 25 tirocini. Abbiamo, diciamo, la cosa importante è che noi siamo riusciti ad intercettare 170 aziende, che non sono poche. Non tutte, ovviamente, hanno risposto positivamente alle nostre sollecitazioni, ma se pensate che ad oggi abbiamo già attivato più di 130 tirocini, vuol dire che minimo 130 aziende hanno comunque aderito. E non sono solo gli enti del terzo settore, che spesso ospitano i nostri tirocini, ma molte, molte, molte, sono aziende private. E questo, questo obiettivo siamo riusciti a realizzarlo anche grazie al fatto che abbiamo avuto come interlocutori diretti le associazioni di categoria per prime, ma poi abbiamo avuto anche un forte aiuto e supporto da parte delle amministrazioni comunali, quindi da parte degli assessori, dei consiglieri, di chiunque a diverso titolo ci può segnalare delle aziende che possono essere, come si può dire, che le possiamo contattare per presentare il progetto. Ovviamente, l'obiettivo sarebbe quello dell'assunzione, che è l'obiettivo ultimo, e noi, ad oggi, abbiamo già avuto alcune assunzioni soprattutto per quanto riguarda il collocamento mirato e quindi le persone iscritte sulla Legge 68. Visto che siamo stanchissimi, io mi fermo qui e poi se, comunque siete interessati, mi sembrava che io, comunque, il video, quello più ampio di 20 minuti, vi abbiamo fatto anche, ripreso una esperienza in azienda, una azienda del Terrafino e quindi comunque della zona del Comune di Empoli, ve lo possiamo comunque far girare. Grazie per l'attenzione.

Parla il Presidente Mantellassi:

Grazie a lei. Grazie davvero Dottoressa Pozzoli. Do la parola alla Dottoressa Francesca Cattaneo referente per i progetti di supporto all'integrazione dei cittadini stranieri. Prego.

Parla la Dottoressa Francesca Cattaneo – Referente per i progetti di supporto all'integrazione dei cittadini stranieri:

Sì, grazie. Delle slide puoi andare già alla quarta. Delle slide vai alla quarta almeno acceleriamo un attimo. Allora, niente, io presenterò quelli che sono i servizi che come SDS gestiamo appunto per quelli, per favorire il concreto godimento di quelli che sono i diritti uguaglianza sostanziale e di cittadinanza sociale per i cittadini stranieri.

La prossima. Ecco. Tanto i grafici li avete anche voi nelle slide, che abbiamo passato. Allora, i tre punti, i tre servizi fondamentali, che sono un po' i pilastri che ci descrive anche la Legge 29 del

2009 della Regione Toscana, riguardante, appunto, le norme dell'accoglienza e dell'integrazione per la tutela dei cittadini stranieri, sono i punti informativi per cittadini stranieri, i corsi d'italiano per cittadini non italofoeni e la mediazione linguistico-culturale. Questi sono un po' i tre pilastri che come SDS, come servizi, diciamo, dell'SDS portiamo avanti. Il primo, puoi passare alla prossima slide, sono i punti informativi per cittadini stranieri. Questo servizio è partito nel 2020 esattamente attivo per due mesi, poi, ovviamente a marzo c'è stato un piccolo problema, che ha fermato l'attività per alcuni mesi, anche perché anche le Questure e le Prefetture si sono fermate. I punti informativi per cittadini stranieri, che cosa fanno? Principalmente si occupano di tutte quelle pratiche, che permettono la regolarizzazione dello straniero, okay? E hanno, abbiamo sette sedi attualmente, una delle quali è appunto ad Empoli. Per accedervi, attualmente, e nel 2021, abbiamo utilizzato un numero unico di cellulare, che ora è molto distante però, si vede sul volantino sulla sinistra e l'accesso è telefonico. L'accesso è telefonico perché è necessario e non è solo un accesso per avere un appuntamento. La persona, al momento in cui, appunto, contatta telefonicamente il punto informativo, alla persona vengono date tutte le informazioni relative anche alla documentazione necessaria per procedere appunto nella pratica richiesta. Se hai i requisiti per procedere, o comunque viene orientato a quelli che sono i servizi più adeguati al bisogno che ha espresso.

Prossima slide. Questi sono stati i numeri del punto informativo di Empoli, che si trova a Palazzo Pretorio. Tre volte a settimana. Il primo, come è organizzato il servizio ve l'ho detto sinteticamente adesso, cioè: prima vi è una consulenza telefonica e una sorta di primi filtro, e successivamente, appunto, si dà un appuntamento per quelle che sono, invece, le pratiche. Quindi, il primo numero 693 sono stati gli accessi telefonici, il primo orientamento, la prima raccolta appunto dei dati e della necessità e il secondo, invece, dato, 475 sono le effettive pratiche portate avanti.

Le pratiche, vedete, c'è il volantino del punto informativo di Empoli dove ci sono segnalate le varie pratiche, permessi di soggiorno, cittadinanza italiana, ricongiungimento familiare, test di lingua italiana tutte le pratiche riguardanti, appunto, i visti per turismo e così via, diritto di asilo, quindi le pratiche per la protezione internazionale, le pratiche relative ai decreti flussi, il rimpatrio volontario assistito e poi, appunto, l'orientamento ai servizi.

Piccola nota: le pratiche maggiormente effettuate da tutti i punti informativi, ma in linea con il trend nazionale, sono ovviamente i ricongiungimenti familiari, le cittadinanze e le coesioni familiari. Quindi, tutte pratiche che riguardano, diciamo, quella fascia, la costruzione familiare, diciamo. Quindi, la costruzione del nucleo familiare, il ricongiungimento del nucleo familiare.

Nel 2021 ci siamo anche occupati di collaborare, insomma abbiamo collaborato con l'Azienda ASL anche per quanto riguarda le intercettazioni delle problematiche riguardanti i green pass, è importante dirlo perché ha occupato molto tempo ed è stato abbastanza importante essere un punto di intercettazione di questa problematica. Nel 2020, invece, abbiamo dato sostegno rispetto alla compilazione dei formulari per i buoni spesa e per i contributi affitti. Quindi, diciamo, le nostre energie sono andate su questo tipo anche di sostegno.

Possiamo passare avanti. L'altro pilastro, diciamo, l'altro servizio che è uno dei servizi più raccomandati anche al livello europeo da attivare in funzione di un vero percorso di inclusione sociale e di possibilità equa di accesso ai servizi è la mediazione linguistico culturale. In questo

caso la mediazione è un servizio fornito in tre ambiti: l'ambito comunale, quindi degli uffici comunali, qui ad Empoli è attivo lo sportello all'Ufficio Anagrafe, due volte a settimana, due mattine a settimana, prevalentemente di lingua cinese. Ovviamente, vengono erogate anche il servizio tramite traduzioni scritte, quindi il Comune, l'Unione dei Comuni, noi anche come SDS possiamo richiedere e abbiamo richiesto durante l'anno 2021 la traduzione di avvisi, bandi comunicazione poi da diffondere all'esterno. E infine il servizio, sempre di mediazione su appuntamento, anche in ambito comunale. Quindi, un ufficio può attivare, laddove necessario, la mediazione linguistico-culturale.

Lo stesso, l'altro ambito di attivazione sono i servizi sociali, sono stati attivati nel 2021 81 mediazioni presso la sede di Rozzalupi, la sede principale appunto dei servizi sociali, e, infine, la mediazione negli istituti scolastici, slide successiva. Anche in questo caso tre tipologie di, tre modalità di intervento: sportello. Hanno voluto le scuole, gli istituti che hanno voluto la presenza continuativa e costante di un mediatore sono stati gli istituti comprensivo Empoli-Ovest e di Empoli Est sia nella scuola primaria che nella secondaria di primo grado. E l'Istituto Ferraris Brunelleschi. Gli altri istituti hanno sempre utilizzato la mediazione, ma secondo un'altra modalità: quindi, su appuntamento e in base alla necessità degli studenti che hanno avuto accesso a scuola.

La cosa più importante, rispetto alla mediazione negli istituti, è che in questi due anni, specialmente con l'anno di pandemia è stato creato un archivio fra tutte le scuole dell'Empolese Valdelsa di comunicazioni ufficiali già tradotte in più lingue, a cui possono accedere tutte le scuole, fra cui tutti anche i protocolli anti-contagio e così via.

Ultimo servizio, ma non meno importante, slide successiva, grazie eh, ha lavorato tanto oggi, sono i corsi di lingua italiana per cittadini non italofoni. Purtroppo, vedete molto ridotto il volantino. L'ho messo solo per segnalare il fatto che ormai già dalla sessione autunnale del 2021, siamo riusciti ad attivare i corsi su tutti i comuni. Quindi, o un corso o almeno due corsi su tutti i Comuni. Ad Empoli sono stati attivati due corsi fin dall'autunno 2021, quindi con la ripresa delle attività in classe. Abbiamo attivato due corsi la mattina, che sono, da sempre nascono per favorire le alunne, quindi le signore, che possono partecipare prevalentemente la mattina, e due corsi in orario invece serale e quindi post lavoro, diciamo.

La slide successiva fa un po' vedere i dati di questi due anni dei corsi d'italiano. L'unico dato, che mi viene da segnalare, anche rispetto agli anni precedenti, questo me l'hanno riportato in modo particolare gli insegnanti, è che in questi due anni si è visto un aumento di partecipazione dei cittadini di nazionalità cinese ai corsi di lingua italiana. Cosa che negli anni precedenti, invece, non era avvenuto, ecco.

Ultima slide e poi vi lascio all'ultimo intervento, niente ho voluto anche comunque indicare i due progetti, invece, su cui siamo coinvolti, progetti attivati con fondo FAMI, su cui siamo coinvolti come Società della Salute. Uno è il progetto TIMS, che, semplicemente, semplicemente no, ma insomma in modo molto complesso rafforza i servizi già presenti, quindi i servizi di presa in carico e primo accesso per quanto riguarda i cittadini di paesi terzi e anche il servizio di mediazione. E il progetto "E VAI" che, invece, è attivo in termini di orientamento, informazione e presa in carico, sia per il disagio abitativo che per percorsi di inserimento lavorativo, per i cittadini di paesi terzi, titolari di protezioni internazionali, usciti dai progetti di accoglienza da non più di 24 mesi. Quindi,

bisogna fare uno studio solo per capire chi sono i destinatari, ma è così. Io ho concluso. Spero di essere stata..

Parla il Presidente Mantellassi:

Perfetta, perfetta. Grazie. Grazia Francesca, grazie Dottoressa Cattaneo. Abbiamo l'ultimo intervento della Dottoressa Maria Rita Sgalambro, responsabile per l'Unione dei Comuni del SAI ex SPRAAR. Prego, Dottoressa. Accenda il microfono. Codesto pulsante, centrale. Il pulsante centrale.

Parla la Dottoressa Maria Rita Sgalambro – Responsabile dell'Unione dei Comuni del SAI ex SPRAAR:

Allora, come, cioè, sapete l'Unione dei Comuni già dal 2017 ha la gestione..eccolo. Già gestisce il progetto SPRAAR. Quindi, ottenne un primo, ha ottenuto un primo finanziamento dal 2017 al 2020 per 75 posti e successivamente, poi, nel 2019 abbiamo, c'è stata la possibilità di chiedere la prosecuzione, di proseguire, quindi, questa esperienza e l'Unione dei Comuni ha presentato di nuovo un progetto, che va fino ed è stato finanziato e va fino al 30 giugno del 2023. E i profughi, comunque sono, attualmente sono 75, suddivisi in 5 Comuni. E, inoltre, ha, data la situazione dell'emergenza afghana, insomma un ulteriore, la possibilità di chiedere un ampliamento per rispondere alle problematiche derivanti da questa situazione e l'Unione dei Comuni ha partecipato e chiedendo un ampliamento di 15 posti e anche in questo caso, insomma, è stato accolto e quindi attualmente il numero di profughi che possiamo accogliere sono 90. L'abbiamo ripresentato anche nel caso dell'emergenza Ucraina. Ora, la, cioè proprio il progetto, l'organizzazione, quindi come siamo strutturati perché è stato un grosso lavoro, cioè chiaramente la titolarità è dell'ente locale, è dell'Unione dei Comuni, che però lo gestisce insieme ad un raggruppamento, all'R.T.I, un raggruppamento temporaneo di impresa, che è costituita da Oxafam, che è il capofila, poi c'è COESO Empoli, La Pietra d'Angolo, la Misericordia di Empoli e la Misericordia di Certaldo che coprono il territorio, insomma, su quattro Comuni del territorio dell'Unione Empolese e ognuno poi di questi soggetti ha delle competenze specifiche. Il progetto è un progetto complesso perché vede tantissime persone, una equipe multidisciplinare e soprattutto, insomma, ha, insomma, ora, dopo, praticamente quasi 5 anni, ecco, ci siamo rodati. Ci sono delle criticità, che poi il Dottor Mayer, che è il coordinatore, che fa parte di OXFAM ve le spiega e vi racconta anche la progettualità e come siamo arrivati oggi a gestire il progetto.

Parla il Presidente Mantellassi:

Prego.

Parla il Dottor Andrea Mayer – Coordinatore del progetto SAI ex SPRAAR:

Buonasera a tutti. Appunto Andrea Mayer OXFAM Italia coordinatore del progetto SAI ex SPRAAR diciamo più noto come SPRAAR. Come diceva, appunto, la Dottoressa Sgalambro, anzitutto, appunto, il SAI come si configura? Si configura nell'ambito della governarne delle migrazioni forzate. E quindi, va beh, oggi magari è particolarmente attuale rispetto a quella che è l'emergenza diciamo Ucraina, lo è stata alcuni mesi fa rispetto a tutti gli arrivi dall'Afghanistan e lo è stato, ovviamente, negli anni passati rispetto, da una parte a tutti gli arrivi dal Mediterraneo e dall'altra, diciamo, agli arrivi attraverso via terra dalla rotta balcanica. L'idea però del SAI, è bene appunto dividerla, magari, con chi ha meno praticità, diciamo rispetto a questo, su questo settore, è quella di approcciarsi, diciamo, a queste tematiche con una logica strutturale, ordinaria, e quindi non emergenziale. E in questo senso, appunto, si discosta in maniera sostanziale dall'altro filone, sempre connesso al Ministero dell'Interno, che è quello dei CAS che, per l'appunto l'acronimo significa Centri di Accoglienza Straordinaria, quindi emergenziali, che vengono poi gestiti direttamente dalle Prefetture locali. Quindi, un'ottica appunto di lavoro strutturato e quindi anche, diciamo, svolto da professionisti e soprattutto che ha l'ambizione di essere integrato con il welfare locale. Per questo, la rete SAI, fra l'altro quest'anno sono i venti anni, diciamo, che si celebrano, che si celebrano diciamo, che si celebra la rete degli SPRAAR e, diciamo, coordinato al livello nazionale da una parte dal Ministero dell'Interno e dall'altra dall'ANCI e come diceva la Dottoressa Sgalambro al livello territoriale poi sono gli enti locali che hanno la titolarità dei progetti e che poi, in parte, diciamo, danno, diciamo, in gestione al terzo settore. In questo caso, sull'Unione, appunto, Empolese Valdelsa, lo diceva prima Maria Rita, la titolarità è di OXFAM Italia come soggetto capofila e poi, diciamo, come soggetti partner Consorzio Coeso Empoli, Cooperativa Terra d'Angolo, Misericordia di Empoli, Misericordia di Certaldo.

Un totale, al momento, di 90 posti di accoglienza, fino, appunto, a pochi giorni fa lo erano, erano 75 e poi, appunto, in virtù di quella che è stata, diciamo, l'arrivo di arrivo, l'arrivo di persone dall'Afghanistan il progetto si è ampliato fino a 90 posti. Dico subito una piccola nota, che l'Unione dei Comuni ha richiesto, alcune settimane fa al Ministero, ha applicato al Ministero con una richiesta di ulteriore aumento di 24 posti, che è in questo momento in una fase di valutazione da parte del Ministero dell'Interno e che in caso di approvazione porterebbe il progetto fino a 114 posti, sempre, diciamo, in risposta a quello che è stato l'arrivo di famiglie, di nuclei ucraini sul territorio. Per quanto riguarda i soggetti accolti, ricordo che la rete SAI consente diciamo l'accoglienza e l'integrazione di persone straniere, che fanno richiesta di protezione internazionale e che quindi sono titolari di protezione internazionale, di protezione sussidiaria o che sono titolari di permessi di soggiorno, cosiddetti casi speciali, ex umanitari, quindi comunque appunto titolari di protezione, o titolari di protezione, cosiddetta speciale, cioè vittime di sfruttamento e violenza. Quindi, è bene anche ricordarsi che la Rete SAI negli anni ha subito moltissimi diciamo, moltissimi cambiamenti normativi e che oggi questa è un po' la sua configurazione.

Avevamo inviato all'Amministrazione, e si vedeva poco fa appunto il frontespizio, un report che quindi potete poi consultare. E' piuttosto complesso e lungo, quindi non entrerei adesso nell'analizzarlo tutto, visto l'ora. E' comunque, l'abbiamo comunque inviato all'Amministrazione e potete andare a vedervi tutti i dati analitici dall'avvio, dal Luglio 2017 fino al dicembre 2021, da tutti i punti di vista, gli utenti, gli ingressi, le uscite, le età, le nazionalità, i livelli di integrazione, i servizi, le criticità, e via dicendo. Abbiamo poi, un paio di giorni fa, aggiunto diciamo sul finale del report, anche un brevissimo riepilogo sul primo quadrimestre 2022. Quindi, per i Consiglieri che

sono interessati, insomma l'Amministrazione ce l'ha così potete andare a vederli nel dettaglio. Quindi, direi che si può anche toglierlo diciamo, dal fondo. Appunto, non entro insomma nel dettaglio senno' veramente ci vorrebbe qualche ora un po' di discussione e non mi sembra il caso.

Vi dico soltanto alcuni numeri, forse, che possono essere significativi per avere un pochino il polso delle attività. Dal luglio 2017 al dicembre 2021, quindi escluso un attimo questi primi mesi del 2022, sono transitati nel progetto 220 beneficiari, per una capienza, appunto, al tempo di 75, quindi con un ritmo di turn-over di circa un 30 persone l'anno, quindi quasi il 50% di turn-over annuo. Ricordo brevemente che le strutture sono su vari comuni dell'Unione, Empoli ovviamente, ma anche Fucecchio, Castelfiorentino, Certaldo, Gambassi e più recentemente, grazie appunto a questo ampliamento, a piccoli ampliamenti di 15 posti, anche Montelupo Fiorentino.

Sempre da alcuni dati significativi: nel 2021 abbiamo avuto 104 persone in accoglienza. La stragrande maggioranza si tratta, sono uomini singoli, molto giovani, in età fra i 18 e i 35 anni, ma non mancano anche i nuclei familiari o nuclei mono parentali, mamma/bambino.

Un altro piccolo dato, invece, questo sul primo quadrimestre 2022 però vi dà un po' il senso del lavoro che facciamo, solo nel primo quadrimestre 2022 abbiamo avuto 13 ingressi e 10 uscite. Quindi, sempre nell'ottica di 2-3-4 persone che entrano ed escono dal progetto, al mese. Di che cosa si occupa il progetto? Detto in maniera molto, diciamo, sintetica: accoglienza materiale, quindi accoglienza e co-abitazione in strutture, erogazione di quelle che sono in qualche modo i servizi di base, quindi, diciamo dal vitto, al vestiario, tutela psico-socio sanitaria, orientamento ai servizi del territorio, accompagnamento legale, mediazione linguistico culturale, insegnamento dell'italiano come lingua straniera, formazione professionale, inserimento al lavoro, inserimento alloggiativo e attività più ampie di socializzazione e di integrazione sul territorio.

Un piccolo spaccato su Empoli. Su Empoli in questo momento le strutture storiche del SAI sono quattro e ve ne sono ulteriori due in fase di attivazione, per arrivare, quindi, ad un totale di 47 beneficiari accolti sul territorio di Empoli, sia uomini singoli che nuclei familiari. Altro dato, mi ricollego un po' all'intervento di prima rispetto al progetto LINK, appunto anche nel SAI vi sono delle azioni importanti di inserimento lavorativo e quindi di connessione con le aziende. Siamo, anche qui, nell'ambito di attivazione tra i venti e i trenta tirocini formativi annui, su beneficiari del progetto, molti dei quali, fortunatamente, poi si tramutano in contratti di lavoro o di apprendistato.

Tra le criticità, forse, più interessanti, diciamo, un po' da condividere questa sera, sempre andando molto veloce, vi è il tema noto diciamo della difficoltà di inserimento alloggiativo. Il progetto su questo ha, ovviamente, un operatore dedicato, delle risorse dedicate e quindi sia un'ottica di orientamento, di accompagnamento, ma anche di supporto anche economico rispetto all'inserimento alloggiativo, questo è uno dei punti più critici, ancor più critico di quello del lavoro, con cui in qualche modo ci troviamo a confrontare tutti i giorni, anche laddove, magari, vi sono beneficiari che riescono a svolgere un ottimo percorso di integrazione, quindi con un buon livello di italiano, magari anche un contratto di apprendistato, quindi con anche una certa stabilità, ma che in qualche modo non riescono, come dire, ad accedere al mercato immobiliare, soprattutto su questioni, come dire, poi di, non tanto di garanzia, quanto di fiducia rispetto poi alle agenzie immobiliari ed ai proprietari delle case.

Questo, diciamo, veramente detto in pillole. Come diceva la Dottoressa Sgalambro in questo momento il progetto è composto da una équipe multidisciplinare piuttosto ampia, sono 18 operatori, di professionalità multiple, quindi dagli assistenti sociali, agli operatori sociali, agli operatori legali, antropologi, psicologi e via dicendo. E, forse, ultimissima nota diciamo con cui chiudo, una forse delle cose un po' più interessanti di questi mesi è una collaborazione, che si è avviata con la Protezione Civile, di, ora è proprio, come dire, proprio in fase di avvio, di supporto rispetto agli 11 Enti Locali dell'Unione rispetto a quella che è la gestione attuale dei nuclei ucraini accolti sul territorio e quindi, diciamo, un'opera in qualche modo di supporto che come professionisti stiamo mettendo al servizio e a disposizione. Ripeto, il report è molto interessante, chiedetelo, insomma, l'abbiamo depositato insomma in amministrazione e così andate a vedervi, diciamo, in maniera dettagliata tutte le azioni, c'è anche tutta la parte economica, ovviamente, che è anche quella di interesse e che, insomma, anche su questo ovviamente se ci sono domande, insomma, siamo qui per poter rispondere. Grazie a tutti.

Parla il Presidente Mantellassi:

Grazie. Grazie davvero per i vostri interventi. Abbiamo quindi concluso la parte degli interventi. Apro la parte delle domande su una fetta di Consiglio più lunga, effettivamente. Chiedo se ce ne sono. Ci sono domande? Beatrice Cioni, prego.

Parla il Consigliere Cioni B.:

(VOCE FUORI MICROFONO)..mi immagino che fare domande ora. No, e però ce le avrei, mentre ascoltavo le relazioni e mi sembra, e mi sembra anche, e mi sembra anche mancanza di rispetto non farle, nel senso, che anche la parte finale è stata altrettanto interessante. Però, capisco c'è anche un rispetto nel mandare le persone a letto, mi immagino. Allora, però mi immagino che sia faticoso anche la proposta che vi faccio perché, insomma, gli argomenti che sono rimasti in fondo sono comunque tutti interessanti, penso, in particolare, a tutte le tematiche che riguardano la violenza, all'immigrazione, appunto, il reddito di cittadinanza, quindi una povertà. Una proposta: se vi chiamassimo in commissione, dando le relazioni vostre per fatte, un po' con le slide, che ci avete lasciato, ovviamente concordando i tempi con voi perché si capisce che è un ulteriore impegno, però fare le domande ora vorrebbe dire concludere ad un'ora improbabile. Quindi, diteci voi. E però mi sembra anche non corretto non approfondire gli argomenti, che ci avete portato, ecco.

Parla il Presidente Mantellassi:

Allora, se non ci sono altre domande nel momento immediato, per me, chiaramente, va bene se poi c'è la disponibilità dei relatori a proseguire al fase di discussione ed approfondimento in Commissione, almeno della parte di relazioni della seconda parte, diciamo. Quindi, che abbiamo dovuto comprimere un po' di più perché penso che non solo possa essere utile per i Consiglieri, ma è anche un modo per proseguire questa parte di approfondimento. Quindi, se siamo d'accordo.

Parla voce non identificata:

(VOCE FUORI MICROFONO) Siamo d'accordo.

Parla il Presidente Mantellassi:

E' stato messo a verbale, quindi va bene. Va bene. Allora, poi con la Presidente della Terza Commissione, che è Beatrice, quindi proseguiamo in questa, in questa parte di approfondimento. Innanzitutto, però voglio ringraziare davvero tutti voi che siete stati fino a tardi qui con noi, con grande disponibilità nell'intervenire e nel rispondere alle domande. Quindi, grazie davvero a tutti. Buonanotte.

La seduta è chiusa alle ore 00:30.

Sempre assenti il Sindaco e i Consiglieri Iallorezi, Fabbrizzi, Chiavacci.