



Università Ca' Foscari Venezia

Corso di Laurea magistrale in
Governance delle Organizzazioni Pubbliche
classe LM-63

Tesi di laurea

**“Il ruolo degli ATS nell’attuazione delle progettualità legate alla
Missione 5 Componente 2 – Sotto componente 1 del PNRR: alcune
riflessioni a partire da un’esperienza veneta”**

Relatore

Ch. Prof.
Stefano Campostrini

Correlatore

Ch. Prof.
Romano Astolfo

Laureanda

Valeria Capelli
888159

Anno Accademico

2021/2022

A nonno *Sandro*

Indice

Introduzione	p.1
Capitolo I – Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) : una misura emergenziale in un welfare in cambiamento	
1.1 Evoluzione recente del welfare italiano: in che direzione?	p.4
1.1.1 <i>Il Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023</i>	p.7
1.1.2 <i>La legge 30 dicembre 2021 n. 234 e gli sviluppi recenti</i>	p.9
1.1.3 <i>I rischi sociali legati alla post-modernità: come cambiare logica?</i>	p.11
1.2 La Missione 5 Componente 2 (M5C2) del PNRR	p.15
1.3 La Missione 6 Componente 1 (M6C1) del PNRR	p.18
Capitolo II – Dal progetto all’azione: come si traduce il PNRR?	
2.1 La Cabina di regia PNRR e il ruolo degli ATS	p.21
2.2 Il Piano Operativo della M5C2 Sotto componente 1 del PNRR	p.24
2.2.1 <i>I sub-investimenti 1.1.2 e 1.1.3 e l’Avviso 1/2022</i>	p.25
2.2.2 <i>Modalità di finanziamento e cronoprogramma</i>	p.30
2.3 Il monitoraggio delle misure PNRR: la piattaforma ReGis	p.31
Capitolo III – L’istituto degli ATS in Italia: quale ruolo nel futuro del welfare sociale?	
3.1 Gli Ambiti territoriali sociali: cosa sappiamo finora?	p.36
3.2 Prospettiva e impatto degli ATS tra punti di forza e debolezza: alcune riflessioni sulla realtà veneta	p.41
3.3 Gli Enti locali come attori nella resilienza di comunità: conclusioni	p.45
Riferimenti normativi	p.48
Bibliografia	p.51
Sitografia	p.52

Introduzione

La pandemia da Covid-19 ha colpito duramente il tessuto socio-economico dell'Italia più di altri Paesi europei. Secondo l'ISTAT, nell'anno 2020, il Prodotto Interno Lordo italiano si è ridotto dell'8,9 percento, mentre a livello europeo si è riscontrata una diminuzione più contenuta, pari al 6,2 percento. Il nostro Paese, inoltre, è stato, in ordine cronologico, il primo ad essere colpito dalla crisi sanitaria e, di conseguenza, il più penalizzato. A marzo del 2020 l'Italia ha fatto da apripista, imponendo un *lockdown* generalizzato. Ad oggi, a distanza di più di due anni dall'insorgenza del virus, secondo la piattaforma *Our World in data* i decessi totali legati ad esso superano i 170.000, rendendo ufficialmente l'Italia il Paese con la maggior perdita di vite nell'UE. L'elevata mortalità è stata, almeno in parte, anche dovuta alla peculiare composizione demografica dell'Italia. Secondo il censimento ISTAT del dicembre 2020, l'età media italiana si è innalzata rispetto al 2011 (da 43 a 45 anni) e, con essa, anche il numero di anziani per bambino, passato da meno di 1 nel 1951 a 5 nel 2019. L'indice di vecchiaia (rapporto tra la popolazione sopra i 65 anni e sotto i 15) è notevolmente aumentato, dal 33,5% del 1951 a quasi il 180% del 2019. La pandemia non ha fatto che mettere in luce situazioni già esistenti, evidenziandone una maggior urgenza. Una fra quelle maggiormente citate ed emerse è la necessità di prendersi cura della salute psicofisica delle persone anziane, le più vulnerabili, anche, e soprattutto, rispetto alle conseguenze della solitudine e dell'esclusione sociale, di cui questo periodo storico ci ha inevitabilmente reso testimoni. “Abbiamo 14 milioni di ultra 65enni e siamo il secondo Paese più vecchio al mondo. Questi (...) costituiscono una popolazione molto eterogenea e, soprattutto, l'età anziana non è un'età puntiforme ma è un vero e proprio periodo della vita. Un 65enne ha un'attesa di vita di 22 anni se donna e 19 se uomo. Quindi è chiaro che si tratta di una condizione che va analizzata in profondità e per singole categorie e gruppi di persone” ha dichiarato Graziano Onder (Iss), in occasione della presentazione del primo Rapporto Nazionale Aifa datato 2019. In aggiunta, si è registrato anche un nuovo record negativo delle nascite nel 2021, reso noto dall'ISTAT lo scorso marzo. Esse sono scese per la prima volta sotto la soglia dei 400mila, quota più bassa dal 1861, anno dell'Unità d'Italia, riflettendo l'impatto della pandemia ma anche, più in generale, una tendenza di lungo periodo iniziata precedentemente. Attualmente le persone ultrasessantacinquenni rappresentano il 23 percento della

popolazione italiana e, secondo le stime, il numero di anziani non autosufficienti raddoppierà fino a 5 milioni entro il 2030. Questi dati ci fanno comprendere come si tratti di una grossa fetta di popolazione, di fronte alla quale l'evoluzione del welfare ha bisogno di una forte spinta di accelerazione, in ottica di collaborazione con i *care giver* familiari¹ e i servizi di assistenza sanitaria. Per rispondere alle vere e proprie sfide che la pandemia ha innescato a livello economico, sociale e sanitario ma non solo, l'Unione Europea ha lanciato il *Next Generation EU (NGEU)*. Un programma estremamente ambizioso, che prevede investimenti e riforme per accelerare la transizione ecologica e digitale; migliorare la formazione dei lavoratori; e conseguire una maggiore equità di genere, territoriale e generazionale. Per il nostro Paese si tratta di un'opportunità *sui generis*, poiché alcune lacune, oggi emerse in maniera ancora più preponderante, hanno bisogno di un intervento drastico: modernizzare la Pubblica Amministrazione, rafforzare il sistema produttivo e intensificare gli sforzi nel contrasto alla povertà, all'esclusione sociale e alle disuguaglianze. Il NGEU può rappresentare la speranza di un percorso di crescita strutturale e duratura, tentando di liberare la crescita italiana dagli ostacoli che l'hanno soffocata negli ultimi decenni. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) nasce dalla richiesta agli Stati membri di presentare un articolato pacchetto di investimenti e riforme ed è il frutto della stretta interlocuzione con il Parlamento e con la Commissione Europea, sulla base del Regolamento RRF. Il Governo intende attuare contestualmente quattro importanti riforme di contesto – pubblica amministrazione, giustizia, semplificazione della legislazione e promozione della concorrenza - predisponendo uno schema di *governance* multilivello che vede a capo del coordinamento centrale il Ministero dell'economia. Si stima che tali investimenti avranno un impatto macroeconomico importante, portando il PIL del 2026 a 3,6 punti in più rispetto all'andamento tendenziale e, nell'ultimo triennio dell'orizzonte temporale (2024-2026), si prevede un *booster* all'occupazione di 3,2 punti percentuali. Il PNRR è parte di una più estesa strategia per un radicale ammodernamento del Paese. Il Governo intende aggiornarsi riguardo sviluppo e mobilità sostenibile; ambiente e clima; idrogeno; *automotive*; e filiera della salute, combinando consistenza, progettualità e lungimiranza. In questo ampio macro contesto,

¹ *Caregiver* familiare: il *caregiver* familiare (familiare assistente) è una persona che presta assistenza gratuita e quotidiana ad un proprio parente di primo grado non autosufficiente fisicamente e/o mentalmente. È stato un termine molto in uso durante la pandemia poiché si tratta della categoria, assieme agli anziani, che ha avuto per prima accesso alla campagna vaccinale.

che funge da cornice, si colloca il tema di fondo su cui questo elaborato tenterà di riflettere ovvero, alla luce di quanto ricavato dalla mia esperienza di tirocinio negli Ambiti territoriali sociali² di Portogruaro (VE) e Conegliano (TV), che tipo di ruolo ha avuto l'istituto degli ATS come strumento di coordinamento nell'attuazione delle progettualità specificatamente legate alla Missione 5 Componente 2 Sotto componente 1 del PNRR, di cui verrà discusso in seguito.

² Ambito Territoriale Sociale: è una aggregazione intercomunale che ha il compito di pianificare e programmare i servizi sociali dei Comuni, secondo quanto dettato dalla legge 328/2000, la legge quadro “per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”, attraverso la definizione di Piani di zona.

Capitolo I - Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR): una misura emergenziale in un welfare in cambiamento

1.1 Evoluzione recente del welfare italiano: in che direzione?

La legge 328/2000, intitolata "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" sembrava dare un nuovo slancio ad un settore troppo spesso in ombra, salvo rare eccezioni, nelle politiche pubbliche del nostro paese, e oltretutto privo fino a quel momento di un riferimento a livello nazionale e sviluppatosi in maniera diversificata a livello locale. Tale legge è un provvedimento normativo di soli 30 articoli, suddivisi in sei capi. I primi cinque contengono gli elementi valoriali, professionali, strumentali e organizzativi che regolano i servizi sociali; il sesto le disposizioni finali attuative e le abrogazioni. La Costituzione è la prima ispirazione: prendendo spunto dagli articoli 2, 3 e 38 devono essere garantiti qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza nonché la prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di disabilità, bisogno e disagio individuale e/o familiare. Vale il principio di universalità, pur garantendo l'accesso prioritario in base alla condizione di bisogno. Il sistema integrato tiene conto dei principi cardine della Pubblica Amministrazione quali efficacia, efficienza, economicità, e valori come la cooperazione e la sussidiarietà; un intero articolo della legge è dedicato al ruolo del Terzo Settore. Vengono poi chiarite le funzioni e le responsabilità di Comuni, Province, Regioni e Stato, inserendo l'obbligo di adottare e pubblicare una "Carta dei servizi sociali" contenente criteri per l'accesso, modalità di funzionamento e condizioni. Nei gruppi considerati prioritari figurano le persone con disabilità, gli anziani non autosufficienti e le famiglie. Quest'ultime come soggetto "attivo" delle politiche sociali ma anche come soggetto meritevole di tutela specifica. Sono, infine, individuati tre strumenti programmatori (il Piano di Zona, il Piano nazionale e i piani regionali degli interventi e dei servizi sociali) e uno di finanziamento (il Fondo nazionale per le politiche sociali). È poi introdotta l'istituzione di un Sistema informativo dei servizi sociali a scopo analitico, informativo e di conoscenza alla programmazione e valutazione delle politiche e degli interventi sociali. Indubbiamente però, il valore principale della norma risiede nel suo cambio di paradigma rispetto all'impostazione che i servizi sociali possedevano precedentemente. Si tratta di una vera e propria svolta

storica³ che afferma una logica promozionale invece di una riparativa e meramente assistenzialistica. Il sistema dei servizi perde così la propria marginalità per diventare una colonna portante della cd. piena cittadinanza, aprendosi a percorsi di accompagnamento rivolti alla persona nel suo complesso. Un mutamento così ambizioso richiede una maggiore integrazione ed anche un coinvolgimento di soggetti differenti nel pensare e concretizzare gli interventi (sussidiarietà orizzontale): il Terzo Settore non si occupa solo della fornitura dei servizi, ma contestualmente propone e progetta. Anche la società civile e le famiglie assumono valore come bracci operativi e diventano protagoniste. L'impostazione sussidiaria è leggibile anche nell'istituzione del Piano di Zona, pensato come un'occasione di collaborazione tra gli attori e gli *stakeholder* del territorio condividendo responsabilità, progettazione e concretizzazione delle azioni di intervento. Un ultimo elemento citato è la suddivisione delle responsabilità tra i diversi livelli di governo e il rintracciamento dei cd. livelli essenziali di assistenza la cui garanzia è imprescindibile, nel rispetto dell'autonomia delle amministrazioni locali. Ma la riforma nasceva sostanzialmente «monca» (Bertin, 2012). Essa voleva offrire una cornice generale e prevedere azioni minime a livello nazionale ma la sua impostazione è però stata alterata dalla riforma del Titolo V della Costituzione, introdotta con la legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001, pochi mesi dopo l'entrata in vigore della 328. Questo provvedimento ha riorganizzato le competenze assegnando la potestà legislativa in materia socio-assistenziale esclusivamente delle Regioni, aprendo la strada ad una forte differenziazione e squilibrio dei servizi sociali a livello regionale. L'unica competenza dello Stato rimaneva nel settore quella della «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale» (art. 117, let. m, nella Costituzione novellata), in un quadro però povero, da un lato, di diritti esigibili già sanciti e, dall'altro, di risorse tali da permettere una stagione «espansiva» in termini di prestazioni (Bertin, 2012). Il punto è che tra la Regione in cui si spende di meno in termini pro-capite (Calabria) e quelle in cui si spende di più (Province autonome di Trento e Bolzano e Valle d'Aosta) c'è un rapporto di 1 a 10, dunque un divario non indifferente. Nella legislatura del secondo governo Prodi (2006-2008), con la Legge n. 296 del 27 dicembre 2006 (art. 1, co. 1264), è stato poi istituito il Fondo per le non autosufficienze (FNNA) – volto a sostenere

³ L'ultimo riferimento normativo organico in materia risaliva alla Legge Crispi del 1890

l'individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni, nel doppio senso di diritti esigibili e di livelli di copertura. Tale fondo è stato concepito con l'obiettivo di offrire sostegno a persone con gravissima disabilità e ad anziani non autosufficienti al fine di favorirne una dignitosa permanenza presso il proprio domicilio evitando l'istituzionalizzazione, nonché di garantire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali a livello nazionale. Le risorse messe a disposizione dal fondo sono aggiuntive rispetto a quelle già destinate alle prestazioni e ai servizi a favore delle persone non autosufficienti da parte delle Regioni e delle autonomie locali e sono finalizzate alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza sociosanitaria. Il bacino del FNNA ha subito delle modifiche nel corso degli anni: è gradualmente aumentato dagli iniziali 100 milioni di euro dell'anno 2007, ai 300 milioni del 2008 fino ai 400 milioni del 2009 e del 2010; successivamente si è osservata una forte battuta d'arresto nel 2011, con 100 milioni centrati sugli interventi a favore della Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), e una nuova ripresa nell'anno 2013 (275 milioni); infine, a partire dal 2014 ha seguito questo andamento:

Provvedimento	Anno	Dotazione ²
Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali di concerto con il Ministro della Salute e il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 7 maggio 2014	2014	350
Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali di concerto con il Ministro della Salute e il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 14 maggio 2015	2015	400
Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali di concerto con il Ministro della Salute e il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 26 settembre 2016	2016	400
Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 novembre 2017 (pubblicato in Gazzetta Ufficiale solamente in data 9 febbraio 2018)	2017	463,6
Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 dicembre 2018 (pubblicato in Gazzetta Ufficiale solamente in data 11 febbraio 2019)	2018	475,7
Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 21 novembre 2019	2019	573,2
Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 21 novembre 2019 + Legge 17 dicembre 2019 n. 160	2020	621
Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 21 novembre 2019 + Provvedimenti vari successivi	2021	669

Tabella 1: La dotazione del FNNA, Anni 2014 – 2020 (dati in milioni di euro), fonte: rapporto MonitoRare 2022, p. 39.

Negli anni successivi alla nascita del fondo, appariva urgente dotarsi di nuovi strumenti di *governance* (Bertin, 2012). Sul piano degli attori politici era cambiato il governo e si è persa la figura di un ministero con portafoglio dedicato alle politiche sociali; con le elezioni del 2010 sono mutati anche i governi regionali. Con l'attuazione della legge 42/2009 e del federalismo fiscale, nel Paese comincia a prevalere il finanziamento delle attività mediante tributi propri delle Regioni e compartecipazione al gettito dei tributi

erariali. Poiché quest'ultima è definita sulla base di costi standard e fabbisogni standard connessi ai livelli essenziali, la soluzione non sembrava la più idonea per il settore sociale che per ad oltre dieci anni dalla riforma del Titolo v non era riuscito nell'intento di definire i suoi livelli essenziali delle prestazioni sostanzialmente per carenza di risorse (Bertin, 2012). La crisi economica e finanziaria degli anni duemila e soprattutto dei debiti sovrani nell'area euro ha inasprito i vincoli di finanza pubblica, riducendo pesantemente le già non molto accessibili risorse per le politiche sociali territoriali. Facendo un balzo in avanti arriviamo alla situazione odierna post scoppio della pandemia, dove si può ragionare sui documenti che fanno da *vademecum* di riferimento alla missione sociale del PNRR riguardante gli anziani, di cui questa ricerca si interessa e le cui caratteristiche verranno illustrate in seguito. Per iniziare, con il DPCM 21 novembre 2019 sono state attuate le Linee di indirizzo per i progetti di vita indipendente, focalizzate sulle persone con disabilità ma, per analogia, prese come riferimento anche per gli anziani non autosufficienti. In attuazione del Programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità, adottato con decreto del Presidente della Repubblica del 12 ottobre 2017 relativamente alla linea di intervento n. 2, «Politiche, servizi e modelli organizzativi per la vita indipendente e l'inclusione nella società», sono finanziate azioni volte all'implementazione delle «Linee di indirizzo per Progetti di vita indipendente», per un ammontare complessivo a livello nazionale di 18,7 milioni di euro di cui almeno 14,96 milioni di euro a valere sulla quota del Fondo per le non autosufficienze trasferita a ciascuna Regione. Le «Linee di indirizzo» individuano le modalità attuative, inclusa la quota minima di risorse da destinare a livello regionale e il numero di ambiti coinvolti.

1.1.1 Il Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023

Il Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023, risalente ad agosto 2021, viene cronologicamente prima della Legge di Bilancio per il 2022 e ne costituisce la cornice di riferimento per quanto riguarda la parte relativa ai LEPS sugli anziani non autosufficienti. All'interno della scheda LEPS 2.7.3 Dimissioni protette, capitolo 2, vengono delineate due tipologie di servizio, la prima rivolta a chi può contare su un domicilio e quindi "tornare a casa", la seconda rivolta all'utenza che non ha tale possibilità. Si legge che "la *dimissione protetta* è una dimissione da un contesto

sanitario che prevede una continuità di assistenza e cure attraverso un programma concordato tra il medico curante, i servizi sociali territoriali dell'Asl di appartenenza e dell'Ente locale. Il paziente può così tornare a casa o essere ricoverato in strutture qualificate pur restando in carico al Servizio Sanitario Nazionale e “seguito” da un'adeguata assistenza sanitaria per un periodo di tempo e, ove necessario, poi preso in carico dai servizi sociali”. Costituisce un insieme di azioni atte al processo di passaggio organizzato di un paziente dall'ambiente ospedaliero o simile ad un ambiente di cura familiare, per garantire la continuità assistenziale e avviare percorsi di aiuto a sostegno del benessere della persona, nel coordinamento tra sanitario e sociale. Tale tipo di approccio multidisciplinare di pianificazione della dimissione, sviluppato prima che il paziente sia dimesso, migliora la qualità della vita, l'integrazione fra ospedale e territorio e tra i professionisti socio-sanitari coinvolti nel processo di assistenza e cura, oltre a ridurre il rischio di riammissione istituzionalizzata nei pazienti anziani, disabili e fragili⁴. Tra i principali obiettivi vi sono:

- Promuovere l'assistenza delle persone fragili e con perdita progressiva di autonomia, attraverso l'intercettazione precoce del bisogno e della iniziale fragilità garantendone la presa in carico sociosanitaria;
- Contribuire a ridurre il numero dei ricoveri reiterati presso i presidi ospedalieri;
- Aumentare il grado di appropriatezza e personalizzazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie;
- Assicurare la continuità dell'assistenziale tutelare;
- Favorire il decongestionamento dei Pronto Soccorso liberando risorse economiche, professionali e strumentali che possono essere utilizzate per la risposta al bisogno assistenziale delle persone fragili, contribuendo a rendere più efficiente ed efficace la spesa sanitaria a partire da quella ospedaliera;
- Garantire un modello organizzativo gestionale omogeneo, unitario e continuativo;
- Sostenere l'autonomia residua e il miglioramento dei livelli di qualità di vita, incrementando la consapevolezza e la responsabilità delle figure di riferimento della persona fragile, superando la logica assistenziale;

⁴ Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali, p. 59, righe 17-21

- Uniformare i criteri di valutazione e accesso agli interventi/opportunità a favore delle persone fragili, creando anche nuove sinergie tra il pubblico, il Terzo Settore e il privato sociale;
- Rafforzare la coesione e l’inclusione sociale delle persone fragili e anziane nella comunità di appartenenza.

I destinatari di tali misure sono persone anziane non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità o persone infra sessantacinquenni assimilabili, residenti sul territorio nazionale, non supportate da una rete formale o informale adeguata, costante e continuata. Le condizioni sono che l’accesso al sostegno a domicilio è subordinato a una previa valutazione di vulnerabilità in quattro dimensioni (sanitaria, cognitiva, funzionale e sociale) e che ciascun territorio regionale definisce i parametri minimi per l’accesso al servizio. Il Piano Nazionale dei Servizi e degli Interventi Sociali 2021-2023 non ha da solo la forza normativa per definire i LEPS però anticipa le caratteristiche che dovrebbero contraddistinguere i potenziali LEPS individuati come prioritari: la definizione puntuale di LEPS è demandata a successivo accordo in sede di Conferenza Stato Regioni quindi di fatto non si tratta ancora di LEPS effettivamente esigibili. Il Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 rappresenta, inoltre, un importante quadro di riferimento per il Piano Operativo della Missione 5 Componente 2 Sotto componente 1, approvato il 9 dicembre 2021, di cui si parlerà nel capitolo successivo.

1.1.2 La legge 30 dicembre 2021 n. 234 e gli sviluppi recenti

Successivamente, nella legge 30 dicembre 2021 n. 234, denominata interamente “Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024”, all’art. 1 comma 159 leggiamo una chiara definizione di quelli che, in generale, sono i LEPS. “I livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) sono interventi, servizi, attività e prestazioni integrate, che hanno un carattere di universalità su tutto il territorio nazionale, al fine di garantire ai cittadini qualità di vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità”. Per quanto riguarda gli anziani, la loro natura è descritta all’art. 1 comma 162 e si traduce nei seguenti punti:

- a) assistenza domiciliare e sociale integrata con i servizi sanitari, rivolta ad anziani non autosufficienti o persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione, che necessitano supporto nelle attività quotidiane e sostegno psico-socio-educativo; soluzioni abitative, mediante ricorso a nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane, rafforzamento degli interventi delle reti di prossimità intergenerazionale e tra persone anziane, adattamenti alle esigenze con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscono la continuità dell'assistenza e delle relazioni, come servizi di telesoccorso e teleassistenza;
- b) servizi sociali di sollievo per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie, quali: il pronto intervento per le emergenze temporanee, diurne e notturne; sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità; attivazione e organizzazione mirata dell'aiuto alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore anche mediante gli strumenti di programmazione e progettazione partecipata secondo quanto previsto dal codice del Terzo settore, di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, nonché sulla base delle esperienze di prevenzione, solidarietà intergenerazionale e di volontariato;
- c) servizi sociali di supporto per le persone anziane non autosufficienti e le rispettive famiglie, come la messa a disposizione di strumenti qualificati per favorire l'incontro tra domanda e offerta di lavoro degli assistenti familiari, elemento innovativo, in collaborazione con i Centri per l'impiego del territorio, e l'assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento di adempimenti.

Per il momento dunque rimane quanto stabilito a livello generale dai commi 162-168 della Legge di Bilancio n. 234/2021, laddove vi siano indicazioni in tema di anziani non autosufficienti. Il comma 168 della stessa Legge di Bilancio dispone, inoltre, un aumento del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze per garantire la necessaria copertura agli interventi previsti, rispettivamente per un ammontare pari a euro 100 milioni per l'anno 2022, a euro 200 milioni per l'anno 2023, a euro 250 milioni per l'anno 2024 e a euro 300 milioni a decorrere dall'anno 2025. Al successivo comma 170

definisce in sede di prima applicazione i LEPS, individuati come prioritari nell'ambito del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023, ossia:

- a) pronto intervento sociale;
- b) supervisione del personale dei servizi sociali;
- c) servizi sociali per le dimissioni protette;
- d) prevenzione dell'allontanamento familiare;
- e) servizi per la residenza fittizia;
- f) progetti per il dopo di noi e per la vita indipendente.

Per quanto riguarda gli sviluppi recenti, il presidente del Consiglio uscente Mario Draghi quest'estate disse che "in Italia esiste una diffusa questione sociale che ha sempre avuto difficoltà a trovare ascolto da parte della politica nazionale. È quella riguardante gli anziani non autosufficienti: se si considerano loro, i loro familiari e chi li assiste professionalmente si arriva a oltre 10 milioni persone. Nell'attuale legislatura, finalmente, qualcosa stava cominciando a cambiare. Tuttavia, la sua brusca conclusione rischia di vanificare gli sforzi compiuti. Il Piano nazionale di Ripresa e Resilienza - approvato lo scorso anno - prevede una riforma che introduca 'un sistema organico di assistenza agli anziani non autosufficienti'. È un atto atteso da trent'anni e che, nel frattempo, è stato compiuto in tutti i Paesi europei simili al nostro". Come attuale programma "in cantiere" c'è la Riforma della non autosufficienza per il Diritto alla vita indipendente e autonomia delle persone, prossimo passo atteso di questa cronistoria, da realizzare attraverso una Legge delega che il Parlamento sarà chiamato ad approvare entro la primavera del 2023.

1.1.3 I rischi sociali legati alla post-modernità: come cambiare logica?

La pandemia ha rappresentato in qualche modo la miccia che ha fatto esplodere l'esigenza di un radicale e definitivo ripensamento del welfare, che comunque aveva radici passate. Tali origini sono sociologicamente legate all'incombere della post-modernità e all'intreccio tra storia personale e processi del sistema sociale in relazione a dinamiche di tipo (Combrinck, Graham 1985): macro-economico e politico; interne alla comunità di appartenenza; interne alle coorti di appartenenza (in riferimento ai valori ed alle credenze); di confronto intergenerazionale e di ridefinizione del sé e dell'identità (Bertin, 2012), dove convivono squilibri fra nuovi rischi e vecchie risposte. A questo

proposito, alcuni dei fattori sociali che hanno contribuito maggiormente a dover aggiornare il welfare sociale, già precedentemente alla pandemia, sono (Bertin, 2012):

- La crescita continua della domanda di protezione sociale; il combinarsi di un processo di apprendimento dei bisogni, con la ridotta capacità di far fronte alle condizioni di disagio, l'accresciuta capacità informativa grazie ad internet e l'azione economica delle imprese del settore innescano un processo di crescita continua della domanda di salute e di protezione sociale potenzialmente infinita e in grado di arrestarsi solo con l'esaurirsi delle risorse a disposizione.
- I cambiamenti demografici; innescano una serie di effetti perversi poiché da una parte aumenta il carico del lavoro di cura, e soprattutto la figura femminile si trova a dover assistere contemporaneamente i genitori non più autonomi e i figli. Questa situazione è aggravata dall'aumento dell'incidenza di malattie associate alla confusione mentale, che richiede grande impegno fisico ed emotivo enorme da parte del *caregiver* a volte connesso all'insorgere di stati depressivi.
- L'aumento della popolazione anziana; il trend demografico impatta pesantemente sia sul sistema dei servizi socio-sanitari, sia sul sistema pensionistico, in un Paese come l'Italia che è il secondo più vecchio al mondo. Gli anziani sono i principali destinatari delle risorse (pubbliche e private) dedicate al welfare. Si parla oggi di "generazione sandwich", che vede l'adulto (molto spesso la donna) occupato nel lavoro di cura su tre direzioni: i nipoti, il coniuge e i genitori anziani (Di Nicola 2008; Saraceno 2003);
- Il cambiamento delle dinamiche familiari; i conflitti intra-generazionali, la crisi della cultura della solidarietà, l'aumento dei divorzi/separazioni, delle convivenze e delle famiglie ricostruite con figli nati da coppie diverse da quelle che definiscono la convivenza, nonché dei figli che emigrano all'estero per studio o lavoro e rompono la catena di aiuto familiare. Combrinck e Graham (1985), introducono il concetto di «spirali di vita». Le dinamiche familiari, infatti, non sono più rappresentabili attraverso il concetto del normale ciclo di vita della famiglia, ma presentano un processo a spirale nel quale i fenomeni che ne segnano i mutamenti (la costruzione, i figli, la loro uscita, la dissoluzione) si possono presentare più volte nella vita di una persona, costruendo legami diversi che, rendono meno stabile la solidarietà intergenerazionale;

- La de-standardizzazione dei rischi; il passaggio ad una società post-moderna individua nuovi fattori di rischio e anche di disagio sociale, prodotto multifattoriale della complessità. I rischi sono molto meno standardizzabili di prima e di diversa natura, perciò richiedono la valorizzazione delle dinamiche e delle relazioni fra le persone. Peraltro la burocratizzazione introduce rigidità nei processi di erogazione e rende più difficile l'adattamento alle nuove domande personalizzate di sicurezza sociale. Oltretutto non si parla più solo di rischi individuali ma, a causa di pandemie, catastrofi ambientali ecc., abbiamo a che fare con rischi sistemici, cioè non legati a problematiche singole ma che riguardano contemporaneamente l'intera comunità.
- La de-standardizzazione del ciclo di vita; il passaggio dal concetto di "ciclo di vita" a quella di "corsi di vita" (Dewilde 2003; Wells 1966) sostituisce una visione lineare di sviluppo dell'esistenza con una più complessa, per la quale i cambiamenti che caratterizzano la vita delle persone sono da ricercarsi negli eventi e nelle esperienze che gli individui incontrano nel loro percorso. Tali eventi possono ripresentarsi, e ricostruire le condizioni entro le quali si sono già realizzate le esperienze personali. I rischi, quindi, non sono più specifici delle fasi della vita ma legati ad eventi critici che possono essere ricorsivi e ripresentarsi più volte lungo il corso della vita;
- I cambiamenti nel mercato del lavoro; l'entrata nel mercato del lavoro non coincide con la fine della fase formativa. Questo rende più variabile il rapporto fra i percorsi personali, la costituzione di condizioni di stabilità entro cui progettare la propria vita e consolidare i legami relazionali personali. Rende meno definito e definitivo il momento di uscita dal mercato del lavoro. Vi è anche un forte aumento dell'occupazione femminile rispetto al passato.
- La trasformazione delle città e dell'ambiente; vi è difficoltà nel costruire la propria identità e le relazioni sociali diventano sempre più sporadiche e rarefatte. L'inquinamento presente nell'aria e nell'ambiente che ci circonda, secondo numerosi studi recenti, ha contribuito alla mortalità da Covid-19 e quindi rappresenta un fattore aggravante per la salute nel mondo di oggi.

Non c'è una panacea in grado di risolvere questo rompicapo, anche perché il cambiamento non è lineare bensì influenzato da diversi processi paralleli. Essi si

possono individuare in una prospettiva di “ideologia del welfare”, in una prospettiva neo-istituzionale (riproduzione dei sistemi, che si mantengono in equilibrio) oppure in una prospettiva sistemica di adattamento all’ambiente in senso lato.

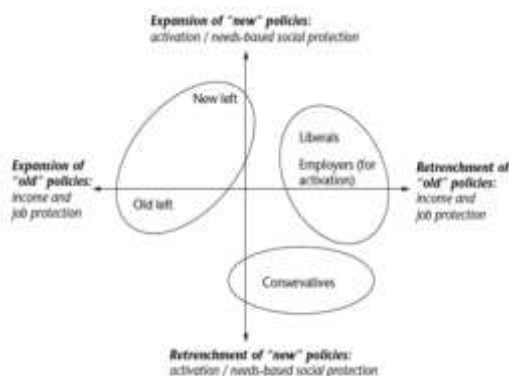


Figura 1: schema di collocamento dei politici nella sfera sociale in base al loro orientamento. I politici tendono a evitare critiche e non cercare meriti; le burocrazie mirano al mantenimento di forme e potere (Bertin, 2022).

È difficile fare previsioni su quale si possa affermare poiché può cambiare da organizzazione a organizzazione ma si possono fare dei ragionamenti utili per rielaborare questi processi di trasformazione. Innanzitutto quello che le organizzazioni devono fare è *adattarsi all’adattamento* (Bertin, 2022), ovvero accettare che i processi di trasformazioni sono più forti e veloci rispetto a ciò che è in loro potere e accettare la situazione senza forzare il cambiamento. Oltretutto l’amministrazione pubblica ha una potenzialità di evoluzione infinitamente più lenta di quello che invece per esempio succede in un’azienda privata, che molto spesso anzi si trova addirittura a dover anticipare alcuni trend. È necessario quindi pensare piuttosto a sistemi di welfare che siano flessibili, resilienti e trasformativi. Una comunità può dirsi resiliente, secondo i canoni dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, se ha percezione del rischio e se è in grado di sapere cosa fare per resistervi. Una pista di lavoro comune al pensiero di alcuni sociologi (vedi Bertin, 2022) per un welfare moderno e responsabile è ragionare in termini di pratiche volte all’attivazione della persona e della comunità, coinvolgimento degli attori della comunità di riferimento, *networking* locale, co-azione per la progettazione e la gestione di servizi/interventi e processi di *accountability* e rendicontazione condivisi. Invece di una logica riparativa, obsoleta, è meglio prediligere la capacitazione, ovvero la ricostruzione delle capacità degli individui e fornire loro nuove competenze oltre che politiche di localizzazione, personalizzazione e integrazione. La principale strategia di integrazione fino a questo momento è stata la

cultura gerarchica burocratica (dall'alto), che mirava a mettere in connessione soggetti con il medesimo problema e produrre tra loro elementi di negoziazione. Spesso questa linea si è rivelata controproducente rispetto all'intento. Come cambiare logica? Si superano le singole vie di gerarchia (dall'alto), mercato (integrazione solo come opportunità) e governance (dal basso) per aprirsi ad un modello di *metagovernance* su due livelli: il primo, dall'alto, come orientamento generale al comportamento degli attori (vision generale comune) ed il secondo, dal basso, come capacità di produrre auto integrazione interna, mettersi nella prospettiva dell'altro trovando una base di negoziazione. Questo ragionamento apre dunque le porte in direzione di un'ibridazione dei modelli di welfare e ad una compresenza di diverse entità (PA, privato e società civile), in quella che in gergo sociologico è definita "governance all'ombra della gerarchia". Le dinamiche di rete tendono ad attivare ibridazione, la quale può attivare innovazione sociale⁵ (Bertin,2022). Gli attori interagiscono alla luce dei rapporti di potere mantenendo la loro identità per costruire interfacce comunicative, la riflessività condivisa attiva costruzione di senso (mappe cognitive strette). In questo quadro complesso si introduce in corsa il PNRR, come slancio rispetto a quegli ultimi timidi movimenti della lenta e disconnessa evoluzione del welfare sociale recente, per dare un'impronta definitiva e duratura dopo le problematiche urgentemente emerse dagli strascichi della pandemia come per esempio la solitudine e l'esclusione sociale vissuta dagli anziani e la difficoltà per i *caregiver* di conciliare il lavoro con la vita quotidiana in famiglia ma anche, come abbiamo visto, le altre conseguenze più genericamente e sociologicamente legate alla post-modernità.

1.2 La Missione 5 Componente 2 (M5C2) del PNRR

Come accennato all'interno della premessa, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) è il documento che gli Stati membri hanno predisposto per accedere ai fondi stanziati dal programma *Next Generation EU (NGEU)*, disposto dall'UE per favorire la ripresa economica e fornire un'offerta di miglioramento in diversi settori, a seguito della pandemia da Covid-19. L'Italia è la prima beneficiaria, in valore assoluto, dei due

⁵ Innovazione sociale: idea (progetto/intervento) che, con una convincente evidenza è in grado di produrre un positivo cambiamento sociale (Rapporto Ca' Foscari 2020, p. 203), definito come "qualsiasi alterazione non ripetitiva nelle modalità acquisite di comportamento in (...) una società" (Freedman *et al.*, 1952, p. 312).

principali strumenti operativi in cui si divide il NGEU: il *Dispositivo per la Ripresa e Resilienza (RRF)* e il *Pacchetto di Assistenza alla Ripresa per la Coesione e i Territori d'Europa (REACT-EU)*. Il solo RRF garantisce risorse pari a 191,5 miliardi di euro, da impiegare nel periodo 2021- 2026, delle quali 68,9 miliardi sono coperti da sovvenzioni a fondo perduto. L'Italia intende inoltre utilizzare appieno la propria capacità di finanziamento tramite i prestiti della RRF, che per il nostro Paese è stimata in 122,6 miliardi. Si tratta di un'iniziativa emergenziale ma orientata, con i suoi pacchetti di riforme e investimenti coerenti per il periodo 2021-2026, a produrre cambiamenti strutturali, significativi e duraturi nell'ambito di sei diverse missioni (alcune di queste tra loro interconnesse):

- M1. Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo
- M2. Rivoluzione verde e transizione ecologica
- M3. Infrastrutture per una mobilità sostenibile
- M4. Istruzione e ricerca
- **M5. Inclusione e coesione**
- M6. Salute



Figura 2: allocazione delle risorse RRF per Missione (fonte: documento PNRR)

Oltre a queste, il PNRR si sviluppa intorno a tre Assi strategici, condivisi a livello europeo:

- Digitalizzazione e innovazione
- Transizione ecologica
- Inclusione sociale

Tralasciando le altre missioni, in questo elaborato si parlerà solo di alcuni aspetti della Missione 5 e, trasversalmente, della Missione 6, poiché le uniche che trovano collegamento con le proposte di intervento a beneficio della sfera socio-sanitaria delle persone anziane, con particolare accento su quelle non autosufficienti. A partire dalla Missione 5, delle sue tre componenti verrà presa in considerazione la seconda, “Infrastrutture sociali, famiglie comunità e Terzo Settore”, d’ora in poi denominata M5C2.


 M5. INCLUSIONE E COESIONE	PNRR (a)	React EU (b)	Fondo complementare (c)	Totale (d)=(a)+(b)+(c)
M5C1 - POLITICHE PER IL LAVORO	6,66	5,97	0,00	12,63
M5C2 - INFRASTRUTTURE SOCIALI, FAMIGLIE, COMUNITÀ E TERZO SETTORE	11,22	1,28	0,34	12,84
M5C3 - INTERVENTI SPECIALI PER LA COESIONE TERRITORIALE	1,98	0,00	2,43	4,41
Totale Missione 5	19,86	7,25	2,77	29,88

Figura 3: ripartizione fondi per la M5, suddivisi per Componente

Essa è orientata a rafforzare il ruolo dei servizi sociali territoriali come strumento di resilienza, mirando alla definizione di modelli personalizzati per la cura delle famiglie e, tra le altre categorie, degli anziani. Questa componente valorizza la componente prettamente “sociale” delle politiche sanitarie e assistenziali, interessandosi delle persone più fragili, nella loro dimensione familiare, individuale e comunitaria. Tra le parti più significative sottolineiamo la riforma 1.2 e l’investimento 1.1. La riforma 1.2, intitolata “Sistema degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti”, compatibilmente con gli obiettivi di finanza pubblica e coerentemente con le Raccomandazioni della Commissione relative al semestre 2019 in merito al riequilibrio tra funzioni di welfare, mira ad introdurre, con provvedimento legislativo tramite delega parlamentare, un sistema organico di interventi per gli anziani non autosufficienti. Il provvedimento, già accennato nel paragrafo precedente, sarà adottato entro la primavera 2023 ed è finalizzato all’individuazione formale dei LEPS per gli anziani non autosufficienti. Gli obiettivi sono la semplificazione dell’accesso mediante punti unici di accesso sociosanitario, l’individuazione di modalità di riconoscimento della non autosufficienza basate sul bisogno assistenziale, un *assessment* multidimensionale, la definizione di un progetto individualizzato che favorisca la permanenza al domicilio della persona, ove possibile. Saranno potenziate le infrastrutture tecnologiche del sistema informativo della non autosufficienza, in linea con la Missione sanitaria e con

l'investimento 1.1, riguardante la deistituzionalizzazione, la riconversione delle RSA (linea 1.1.2) e il potenziamento dei servizi domiciliari per le dimissioni protette (linea 1.1.3). Uno degli obiettivi primari dell'Investimento 1.1. "Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti" (Ambito 1. Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale) è prevenire l'esclusione sociale della persona, individuando ed eliminando fattori di rischio di varia natura. La linea di attività più corposa del progetto (oltre 300 milioni) è finalizzata alla riconversione delle RSA e delle case di riposo in gruppi di appartamenti autonomi, dotati di attrezzature necessarie e servizi. Potranno essere proposti progetti ancora più diffusi, con la creazione di reti che servano gruppi di appartamenti, assicurando la sicurezza della persona anziana. Il fine è quello di rispondere in maniera coordinata ai diversi bisogni che scaturiscono dalle conseguenze del processo di invecchiamento e del sorgere di condizioni, patologiche e non, di non autosufficienza affinché sia possibile mantenere, o riguadagnare, laddove sia stata persa, un maggior grado di autonomia in un contesto de-istituzionalizzato. Per far sì che ciò si avveri, è necessario un approccio più sviluppato, che miri a rafforzare i servizi di domiciliarità, evitando di attivare istituzionalizzazioni non appropriate, e prevedere, laddove la permanenza in un contesto familiare non sia più possibile, la riqualificazione progressiva delle strutture residenziali per anziani, garantendo anche al loro interno una vita dignitosa. Tale approccio, come si vedrà nel prossimo paragrafo, è strettamente connesso al capitolo sanitario del PNRR.

Ambiti di intervento/Misure	Totale
1. Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale	1,45
Investimento 1.1: Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti	0,50

Figura 4: fondi della M5C2 per l'Ambito 1. Investimento 1.1, su un bacino totale di 11,22 miliardi.

1.3 La Missione 6 Componente 1 (M6C1) del PNRR

Premesso che i cardini della M5C2 e delle relative riforme sono la semplificazione dell'accesso alle prestazioni e una presa in carico delle richieste maggiormente integrata e multidimensionale, mediante un rafforzamento dei servizi socio-sanitari, risulta impossibile non citare la stretta correlazione con la Missione 6 (Salute). In particolare

risulta di interesse la Componente 1 della Missione 6, dedicata alle “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale”, essendo quello sociale e quello sanitario due ambiti interdipendenti, chiamati a lavorare sinergicamente. La M5C2 punta ad intercettare situazioni di fragilità e dare sostegno alle famiglie, dedicandosi alle persone con disabilità e agli anziani, a cominciare dai non autosufficienti. Essa prevede un investimento a livello di infrastrutture saldamente connesso alla sanità, che prevenga l’istituzionalizzazione (quindi il ricovero in struttura) attraverso soluzioni residenziali e dotazioni strumentali innovative tecnologiche che permettano di conseguire e/o mantenere la maggior autonomia possibile. Sono garantiti, inoltre, servizi accessori, legati alla domiciliarità, che permettano un’assistenza continuativa, secondo il paradigma di presa in carico socio-sanitaria coordinato con il parallelo potenziamento della rete sanitaria territoriale come previsto nella Missione 6 “Salute”, specialmente per quanto riguarda la riforma 1 e l’investimento 1.2 (4 miliardi di euro). La riforma 1, intitolata “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima” intende attuare una nuova strategia sanitaria, che possa contare su standard all’altezza dei più virtuosi paesi europei e che consideri, sempre più, il SSN come parte di un più ampio sistema di welfare comunitario. Essa prevede due attività principali:

- La definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l’assistenza territoriale e l’identificazione delle strutture a essa dedicate.
- La definizione di un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, in linea con l’approccio *One-Health*⁶.

L’investimento 1.2 invece è titolato “Casa come primo luogo di cura e telemedicina”. Per rispondere efficacemente alle tendenze evidenziate nel paragrafo precedente e in linea con le raccomandazioni della Commissione Europea del 2019, il potenziamento dei servizi domiciliari è un obiettivo fondamentale. L’investimento mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10 per cento della popolazione di età superiore ai 65 anni (con una o più patologie e/o non autosufficienti).

L’investimento mira a:

⁶ È una visione olistica antica quanto estremamente attuale che si basa sul riconoscimento che la salute umana, animale e ambientale (dell’ecosistema) siano indissolubilmente legate.

- Individuare un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie (come telemedicina, domotica e digitalizzazione).
- Realizzare presso ogni Azienda Sanitaria Locale (ASL) un sistema informativo in grado di rilevare dati clinici in tempo reale.
- Attivare 602 Centrali Operative Territoriali (COT), una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza.
- Utilizzare la telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche.

La suddivisione delle risorse è così realizzata: 2,72 miliardi connessi ai costi derivanti dal servire un numero crescente di pazienti, 0,28 miliardi per l'istituzione delle COT e 1 miliardo per la telemedicina. Le misure previste nel presente investimento sono in linea e rafforzano quanto promosso dagli investimenti 1.1 e 1.2 della Componente 2 della Missione 5. Infatti, solo attraverso l'integrazione dell'assistenza sanitaria domiciliare con interventi di tipo sociale si può realmente pensare di raggiungere un futuro di piena autonomia e indipendenza della persona anziana/disabile presso la propria abitazione, riducendo il rischio di ricoveri inappropriati. All'interno di questo intervento si inserisce anche l'investimento rivolto alla telemedicina, per contribuire a ridurre gli attuali divari geografici, garantire una "esperienza di cura" migliore per gli assistiti e migliorare l'efficienza della sanità regionale tramite una serie di dispositivi con diverse funzionalità: tele-assistenza, tele-consulto, tele-monitoraggio e tele-refertazione.

Capitolo II - Dal progetto all'azione: come si traduce il PNRR?

2.1 La Cabina di regia PNRR e il ruolo degli ATS

La *Rete della protezione e dell'inclusione sociale*, con a capo il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, è l'entità nella quale, ai sensi dell'articolo 21 del D.Lgs. n. 147/2017, convergono Ministeri, Regioni, Province Autonome, Enti Locali, Inps, parti sociali, Terzo settore, associazioni, nell'attività di definizione, concertazione e consultazione sugli atti programmatici. Come descritto da tale articolo "Nel rispetto delle modalità organizzative regionali e di confronto con le autonomie locali, la Rete si articola in tavoli regionali e a livello di ambito territoriale. Ciascuna Regione e Provincia autonoma definisce le modalità di costituzione e funzionamento dei tavoli", nonché la partecipazione e consultazione degli *stakeholder*, "avendo cura di evitare conflitti di interesse e ispirandosi a principi di partecipazione e condivisione delle scelte programmatiche e di indirizzo, nonché del monitoraggio e della valutazione territoriale in materia di politiche sociali". Il 28 luglio 2021, essa ha approvato la creazione di un gruppo di lavoro denominato *Cabina di regia PNRR* chiamata a fare da elemento di raccordo e coordinamento tra Autorità Centrale, Regioni e Province Autonome e Comuni per meglio realizzare i tre Investimenti riguardanti i servizi sociali territoriali sotto l'egida del Ministero del lavoro e delle politiche sociali. Il gruppo di lavoro rappresenta una sede di confronto operativo, che, come compito, potrà svolgere audizioni verso gli enti del Terzo Settore e le parti sociali con riferimento ai contenuti progettuali. Tale *Cabina di regia* è stata resa formale tramite Decreto del Direttore generale per la lotta alla povertà e per la programmazione sociale, figura che si occupa del coordinamento complessivo dell'utilizzo dei fondi destinati ai servizi sociali del PNRR, del PON Inclusione e dei Fondi nazionali facenti capo al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. È importante che la programmazione regionale porti avanti un'equa ed appropriata distribuzione delle progettualità presentate dagli ATS sul territorio, in coerenza con quelli che sono gli indirizzi regionali. Gli Ambiti Territoriali Sociali, che verranno investigati più in dettaglio nel prossimo capitolo, sono la cellula territoriale principale della programmazione locale e del concretizzarsi di questi progetti e per questo hanno un ruolo che risulta meritevole di alcune riflessioni. Secondo quanto disposto dalle normative di riferimento come la Legge 328/2000 e il D.lgs. 147/2017

poi, gli Ambiti territoriali rappresentano la sede principale della programmazione locale, concertazione e coordinamento degli interventi dei servizi sociali e delle altre prestazioni integrate, attive a livello locale. Le Regioni e le Province autonome hanno fatto propria, nell'ambito dell'autonomia loro riconosciuta in ambito sociale, l'indicazione di operare la programmazione per ambiti e il registro degli Ambiti è disponibile sul sito del Ministero del lavoro e delle politiche sociali⁷: è un elenco che ne conta circa 600 in tutta Italia, individuati dalle Regioni. I fondi sociali nazionali sono destinati agli ATS, direttamente o per il tramite delle Regioni, mentre i fondi strutturali europei stanziati su progetti che vedono solitamente l'ATS come riferimento, direttamente o, di nuovo, per conto delle Regioni o Province Autonome. Anche le risorse finalizzate ad assumere le figure degli assistenti sociali sono riconosciute agli ATS e non ai singoli Comuni. La Legge di bilancio 2021 (L. 178/2020), all'art. 1, co. 797 conferma la rilevanza dell'obiettivo LEPS per il potenziamento dei servizi sociali comunali, definito da un rapporto tra assistenti sociali e popolazione residente pari a 1 a 5.000, cui si affianca un ulteriore obiettivo "sfidante" di un operatore ogni 4.000 abitanti. È previsto che in sede di decreto annuale di riparto del Fondo Povertà sia riservata una quota con tetto di 180 milioni di euro annui a partire dall'anno 2021, a favore degli Ambiti sociali territoriali in base al numero di assistenti sociali impiegati in proporzione alla popolazione residente (ai sensi del co. 799)⁸. Secondo quanto si legge nel Piano Operativo, anche i progetti relativi agli Investimenti 1.1, 1.2 e 1.3 del PNRR saranno allocati agli ATS, in qualità di soggetti attuatori, tramite bandi ad essi dedicati. Le Regioni e le Province autonome, invece, saranno chiamate a coordinare la partecipazione degli ATS corrispondenti a ciascun territorio e le progettualità del PNRR con quelle già parallelamente in atto, oltre che programmare per garantire lo sviluppo uniforme e coerente dei sistemi sociali territoriali in relazione alle scelte e ai LEPS concordati a livello nazionale e alle caratteristiche dei sistemi regionali. Il fine ultimo è quello della maggior diffusione possibile sul territorio delle progettualità inoltrate. La *Cabina di regia PNRR*, di cui si è parlato poc'anzi, garantirà la condivisione delle scelte

⁷ Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali, par. 1.6 *La governance di sistema e il ruolo degli Ambiti*, p. 26.

⁸ Dettaglio del contributo (Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023): 40.000 euro annui per ogni assistente sociale assunto a tempo indeterminato dall'Ambito, ovvero dai Comuni che ne fanno parte, in termini di equivalente a tempo pieno, in numero eccedente il rapporto di 1 a 6.500 abitanti e fino al raggiungimento del rapporto di 1 a 5.000; 20.000 euro annui per ogni assistente sociale assunto in numero eccedente il rapporto di 1 a 5.000 abitanti e fino al raggiungimento del rapporto di 1 a 4.000.

e la possibilità di confronto con gli *stakeholders* in sede tecnica. Fermo restando che dai tre investimenti scaturiscono sette diverse linee di attività, ognuna delle quali con un target specifico di ATS da coinvolgere, ovvero, in un caso, al numero di progetti attivati, il risultato che ci si aspetta è oltre 2000 distinti progetti da realizzare a livello locale in totale, di cui 125 per l'autonomia degli anziani NA e 200 a sostegno della domiciliarità. I progetti saranno portati a termine dagli ATS, che potranno presentare progetti a valere su ciascuna delle sette linee di attività. Le *Linee Guida* e le *Schede Tecniche* sulle linee di attività, omogenee a livello nazionale, sono già state definite, a partire dal 2012 e anche nel Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023, approvato dall'Autorità Centrale, da Regioni e Province Autonome e Comuni nell'ambito della *Rete della protezione e dell'inclusione sociale* il 28 luglio 2021. Pur rimanendo il tetto massimo finanziabile, l'Avviso 1/2022, chiuso a marzo 2022, prevedeva che si potesse presentare un unico progetto da parte di più ambiti consorziati, individuando un ATS capofila che risultasse assegnatario di tali risorse. Il ruolo del Ministero del lavoro e delle politiche sociali è quello di attuare assistenza ai territori, nella condivisione di strumenti e procedure, nella formazione specifica sulle attività progettuali e nell'affiancamento ai territori, ma anche per questioni di tipo amministrativo e tecnico. D'altro canto le Regioni hanno l'importante incarico di coordinare ed esaminare la coerenza complessiva dei progetti presentati dagli ATS rispetto ai reali bisogni presenti su tutto il territorio regionale e al sistema dei servizi territoriali. Tutti gli ATS possono partecipare ai bandi. Per quanto riguarda la manifestazione di interesse e la partecipazione, laddove un ATS non richieda di partecipare ad una linea di attività, un Comune che ne fa parte può partecipare a tale linea. Tranne che vi sia la possibilità di avere più di un progetto per ambito, in caso di partecipazione dell'ATS e contemporaneamente di un Comune ad esso appartenente, è considerata solo quella dell'ATS, mentre in caso di partecipazione di due Comuni dello stesso ambito solo il progetto col miglior punteggio è ammesso. Al momento della valutazione delle proposte progettuali viene valorizzata la loro coerenza con la programmazione regionale e, se in sede di manifestazione di interesse o di partecipazione, sia presentata una richiesta di finanziamento di un numero di progettualità superiore a quello disponibile per una o più linee, il MLPS può attivare finanziamenti ulteriori attraverso la riprogrammazione di eventuali altri fondi disponibili.

2.2 Il Piano Operativo della M5C2 Sotto componente 1 del PNRR

L'allegato *Piano Operativo*, parte integrante del decreto MLPS n. 450 del 9 dicembre 2021, è il documento relativo alla presentazione di proposte di adesione agli interventi di cui alla Missione 5 "Inclusione e coesione", Componente 2 – Investimenti 1.1, 1.2 e 1.3 del PNRR. Innanzitutto si ricorda che le Amministrazioni centrali destinatarie possono attuare i progetti secondo due modalità:

- A titolarità: l'Amministrazione centrale opera direttamente in veste di Soggetto attuatore e titolare del progetto ed è, quindi, responsabile degli incarichi amministrativi compresi i bandi di gara, l'affidamento diretto nei confronti di enti *in house*, la gestione, il monitoraggio, il controllo amministrativo e la rendicontazione delle spese.
- A regia: titolari dei progetti sono altri organismi pubblici o privati selezionati dalle Amministrazioni centrali titolari tramite Avvisi pubblici, manifestazioni di interesse, ecc., in base alle caratteristiche degli interventi da realizzare e contestualmente con quanto indicato nel PNRR.

Alla selezione dei progetti, l'Amministrazione può perseguire una delle seguenti vie: Concertativo-negoziabile (concertazione con i soggetti istituzionalmente competenti che sfocia in Accordo/Convenzione/Protocollo); Avviso pubblico (proposte rispondenti a un'apposita procedura a evidenza pubblica "di tipo valutativo" o "a sportello"); Atti normativi ad hoc (es. leggi di finanziamento) che prevedono un'assegnazione di risorse per specifiche finalità di sviluppo.

Per quanto riguarda i principi generali a cui si attengono tutti gli interventi finanziati dal PNRR, troviamo:

- Principio del "Non arrecare danno significativo" (cd. "*Do No Significant Harm*" - DNSH) agli obiettivi ambientali;
- Obbligo del conseguimento di Milestone⁹ e Target¹⁰ (di seguito abbreviati con M&T);

⁹ Milestone: traguardo qualitativo da raggiungere tramite una determinata misura del PNRR (riforma e/o investimento), che rappresenta un impegno concordato con l'Unione europea o a livello nazionale (es. legislazione adottata, piena operatività dei sistemi IT, ecc.).

¹⁰ Target: traguardo quantitativo da raggiungere tramite una determinata misura del PNRR (riforma e/o investimento), che rappresenta un impegno concordato con l'Unione europea o a livello nazionale, misurato tramite un indicatore ben specificato (es. numero di chilometri di rotaia costruiti, numero di metri quadrati di edificio ristrutturato, ecc.).

- Obbligo di assenza del c.d. doppio finanziamento degli stessi costi, con risorse del Dispositivo, di altri programmi dell'Unione Europea, o risorse ordinarie da Bilancio statale;
- Obbligo per le Amministrazioni centrali titolari di interventi di porre a carico del PNRR esclusivamente le spese di personale specificatamente destinato a realizzare progetti di cui hanno la diretta titolarità di attuazione, nei limiti degli importi;
- Obblighi in materia di comunicazione e informazione.

Come strategia di gestione del PNRR è stato scelto un modello di *governance* multilivello, in cui le Amministrazioni centrali (i Ministeri e le strutture della Presidenza del Consiglio dei Ministri), hanno la responsabilità dell'attuazione delle riforme e misure previste. Esse presidiano e vigilano sull'esecuzione degli interventi progettuali del PNRR, in modo costante, tempestivo ed efficace, e sulla garanzia del raggiungimento dei relativi M&T.

2.2.1 I sub-investimenti 1.1.2 e 1.1.3 e l'Avviso 1/2022

L'investimento 1.1, *Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti* - di cui si è parlato nel capitolo 1 poiché appartenente alla Missione 5 Componente 2 del PNRR - è uno dei tre investimenti di cui si diceva che il Ministero del Lavoro e delle politiche sociali ha titolarità e vale complessivamente 500 milioni di euro. A sua volta esso si dirama in quattro linee di attività, ma dovendo considerare solo gli anziani, ne rimangono soltanto due. Il sub-investimento 1.1.2 riguarda il tema dell'*Autonomia degli anziani non autosufficienti*, con un forziere di risorse totali di 307,5 milioni di euro. La ricerca di autonomia si traduce in investimenti infrastrutturali, prevenzione dell'istituzionalizzazione della persona tramite soluzioni alloggiative e dotazioni strumentali innovative nonché una presa in carico integrata e multidimensionale. Parlando in termini pratici, gli ATS potranno da un lato portare avanti progetti diffusi, creando reti collegate a gruppi di appartamenti non appartenenti a una struttura, assicurando la sicurezza della persona anziana, a partire dal domicilio. Dall'altro, potranno proporre la graduale riqualificazione di strutture residenziali pubbliche da

convertire in gruppi di appartamenti autonomi, dotati delle attrezzature necessarie e dei medesimi servizi presenti in un contesto istituzionalizzato. Elementi di domotica, telemedicina e monitoraggio all'avanguardia sono *tools* utili a perseguire gli obiettivi di autonomia e indipendenza con efficacia che non ha precedenti nel fornire sostegno, contribuendo ad alimentare la grande centrale di ammodernamento amministrativo voluto dal PNRR. In termini pratici il Piano Operativo è stato implementato attraverso l'Avviso pubblico 1/2022, cioè il documento relativo alla presentazione di Proposte di intervento da parte degli Ambiti Sociali Territoriali da finanziare nell'ambito della Missione 5 Componente 2 del PNRR. Tale atto risale al 15 febbraio 2022, quando poi è stato pubblicato nel settore "Amministrazione trasparente" del sito del Ministero del lavoro e delle politiche sociali e costituisce il documento principe di riferimento per la progettazione e realizzazione degli interventi del PNRR afferenti all'inclusione sociale. All'interno di esso si legge che i progetti del sub-investimento 1.1.2 dovranno essere articolati nelle seguenti tipologie di azioni e linee di attività (tabella 1):

1.1.2-Autonomia degli anziani non autosufficienti	
Azioni	Attività
A - Progetti diffusi (appartamenti singoli non integrati in una struttura residenziale)	A.1 – Riqualificazione degli spazi abitativi e dotazione strumentale tecnologica atta a garantire l'autonomia dell'anziano e il collegamento alla rete dei servizi integrati sociali e socio-sanitari per la continuità assistenziale
	A.2 – Potenziamento della rete integrata dei servizi legati alla domiciliarità
B - Progetti diffusi (gruppi di appartamenti non integrati in una struttura residenziale)	B.1 – Realizzazione di investimenti infrastrutturali per la riqualificazione degli immobili in gruppi di appartamenti autonomi, corredati da dotazione strumentale tecnologica atta a garantire l'autonomia dell'anziano e il collegamento alla rete dei servizi integrati sociali e socio-sanitari per la continuità assistenziale
	B.2 – Potenziamento della rete integrata dei servizi legati alla domiciliarità
C - Riconversione di strutture residenziali pubbliche	C.1 – Realizzazione di investimenti infrastrutturali per la riqualificazione di strutture residenziali pubbliche in gruppi di appartamenti autonomi dotati di strumentazione tecnologica innovativa, atta a garantire l'autonomia dell'anziano e il collegamento alla rete dei servizi integrati sociali e socio-sanitari per la continuità assistenziale
	C.2 – Potenziamento della rete integrata dei servizi legati alla domiciliarità
Target di beneficiari	Persone anziane non autosufficienti

Tabella 2: Azioni e attività previste dal sub-investimento 1.1.2 "Autonomia degli anziani non autosufficienti". Ogni progetto deve prevedere almeno una tipologia di azione ed entrambe le relative attività (fonte: Avviso 1/2022, p.25).

Simultaneamente avanza il sub-investimento 1.1.3, riguardante il *Rafforzamento dei servizi sociali a sostegno della domiciliarità*, con un bacino di risorse totali di 66 milioni di euro. L'obiettivo è evitare "ingorghi" nei servizi sociali e rendere veritiera l'opzione di utilizzare le *dimissioni protette*. Durante la pandemia, infatti, la debolezza dei servizi sociosanitari domiciliari è stato uno dei fattori dell'aumento del carico di pressione sugli ospedali. Oltretutto, in alcuni territori i servizi sociali hanno presentato delle lacune poiché non in grado di assicurare le prestazioni base di competenza oppure sono stati forniti servizi sanitari e sociali ma singolarmente e in maniera piuttosto disgiunta. È necessario dunque avere la consapevolezza che i servizi sociali e quelli sanitari si completino a vicenda e la loro mancata integrazione non permette la piena soddisfazione dei bisogni di salute della persona. È per questo che oggi si insiste su questo punto e sulle similitudini che la missione 5 e la missione 6 del PNRR presentano nei punti citati. Tornando al sub-investimento 1.1.3, esso ha come ulteriore obiettivo la costituzione di équipe professionali, con formazione specifica, per migliorare la capillarità dei servizi sociali sul territorio, favorire la de-istituzionalizzazione e il rientro a domicilio dagli ospedali, in virtù della disponibilità di servizi e strutture atte all'assistenza domiciliare integrata. Sono azioni che anticipano un po' l'adozione della legge quadro sugli interventi in favore degli anziani non autosufficienti. Sempre secondo quanto scritto all'interno dell'Avviso 1/2022, i progetti del sub-investimento 1.1.3 dovranno essere sviluppati secondo le seguenti tipologie di azioni e linee di attività (tabella 2):

1.1.3 - Rafforzamento dei servizi sociali a favore della domiciliarità	
Azioni	Attività
A – Garanzia del LEPS “Dimissione protette”	A.1 – Attivazione dei servizi di assistenza domiciliare socio-assistenziale (assistenza domiciliare, telesoccorso, pasti a domicilio e assistenza tutelare integrativa)
	A.2 – Formazione specifica operatori
B – Rafforzamento dell’offerta di servizi di assistenza domiciliare socio-assistenziale	B.1 – Attivazione dei servizi di assistenza domiciliare ad integrazione dei livelli essenziali
Target di beneficiari	1. Persone anziane non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità o persone infra sessantacinquenni ad essi assimilabili, residenti sul territorio nazionale, non supportate da una rete formale o informale adeguata, costante e continuata, per i quali gli interventi sono volti a sostenere il rientro e la permanenza a domicilio a seguito di ricovero ospedaliero o dimissione da una struttura riabilitativa o servizio accreditato
	2. Persone senza dimora, o in condizione di precarietà abitativa, residenti o temporaneamente presenti sul territorio nazionale, che, a seguito di episodi acuti, accessi al pronto soccorso o ricoveri ospedalieri, necessitano di un periodo di convalescenza e di stabilizzazione delle proprie condizioni di salute.

Tabella 3: Azioni e attività previste dal sub-investimento 1.1.3 “Rafforzamento dei servizi sociali a sostegno della domiciliarità”. Ogni progetto deve prevedere almeno una tipologia di azione ed entrambe le relative attività (fonte: Avviso 1/2022, p.27).

Entrambi i sub-investimenti trovano coerenza normativa nella disciplina precedentemente citata nel paragrafo 1.1. Il primo si ispira alle Linee di indirizzo per i progetti di vita indipendente del 21 novembre 2019 (adottate con DPCM 21 novembre 2019) e ai commi 162-168 dell’art- 1 della Legge di Bilancio 2022 (Legge n. 234 del 30 dicembre 2021); il secondo alla scheda LEPS 2.7.3 Dimissioni protette del capitolo 2 del Piano Sociale Nazionale 2021-2023 e sempre della Legge di Bilancio 2022 (Legge n. 234 del 30 dicembre 2021) ma per ciò che concerne il comma 162 lettera a e i commi 165-166. Un’ultima tabella, contenuta nel Piano Operativo, riassume alcuni numeri e dotazioni di risorse per i due sottogruppi dell’investimento 1.1 (tabella 3):

Investimento	Sub-investimento	Risorse totali	N° progetti attivati/ATS	Risorse per progetto o per triennio	Beneficiari
1.1 <i>Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti</i>	1.1.1 <i>Sostegno alle capacità genitoriali e prevenzione della vulnerabilità delle famiglie e dei bambini</i>	84,6 mln	400	211.500	4000
	1.1.2 <i>Autonomia degli anziani non autosufficienti</i>	307,5 mln	125	2.460.000	12.500
	1.1.3 <i>Rafforzamento dei servizi sociali a sostegno della domiciliarità</i>	66 mln	200	330.000	25.000
	1.1.4 <i>Rafforzamento dei servizi sociali e prevenzione del fenomeno del burnout tra gli operatori sociali</i>	42 mln	300	210.000	3500

Tabella 4: Alcune caratteristiche dei sub-investimenti della linea di investimento 1.1. I valori unitari sono valori massimi finanziabili a valere sul PNRR per ogni progetto. L'eventuale eccedenza di risorse in ciascuna linea verrà usata per aumentare il numero di progetti complessivamente finanziabili. I valori unitari fanno riferimento ad una stima che considera una componente di investimento (laddove necessario) e il finanziamento di tre anni di servizi accessori. Eventuali diversi mix di investimento / finanziamento di servizi saranno possibili nei limiti concessi dal PNRR. (fonte: Piano Operativo, pp. 17-18).

2.2.2 Modalità di finanziamento e cronoprogramma

Per quanto riguarda la modalità di erogazione del finanziamento al soggetto attuatore dei progetti, essa avverrà in diverse *tranche*, a partire da un anticipo (10% del contributo assegnato), previa comunicazione dell'avvio delle attività da parte degli ATS selezionati; dopodiché ci sarà un primo acconto, fino al 35% del finanziamento previsto, anticipato dalla presentazione di un rapporto intermedio sulle attività svolte e verifica dell'utilizzo effettivo di almeno 75% della somma erogata all'inizio delle attività; questo è seguito da un secondo acconto, fino al 35% del finanziamento accordato, previa presentazione di un rapporto intermedio sulle attività svolte e verifica dell'utilizzo effettivo di almeno 75% della somma erogata in precedenza; infine un saldo finale, il restante 20%, a consuntivo su presentazione di note di addebito, con documentazione valida ai fini fiscali che giustifichi le spese sostenute per l'intero importo del finanziamento. Oltre alle modalità di finanziamento è possibile parlare anche di un cronoprogramma indicativo¹ con i momenti salienti di questo percorso, che qui faremo cronologicamente partire dall'approvazione del Piano Operativo, protagonista di questo capitolo, e concludere con l'erogazione del saldo finale, relativa alla metà dell'anno 2026:

- 9 dicembre 2021 – approvazione, con decreto, del *Piano operativo degli interventi territoriali*.
- 15 dicembre 2021 - trasmissione ai soggetti partecipanti alla *Cabina di regia PNRR* del numero indicativo di progetti, per ciascuna linea di attività, che potranno essere finanziati nei territori di ciascuna Regione e Provincia Autonoma.
- 31 gennaio 2022 – scadenza per comunicazione delle manifestazione di interesse degli ATS da parte delle Regioni e Province Autonome.
- 15 febbraio 2022 - Pubblicazione del bando per la procedura di selezione non competitiva rivolta agli ATS.
- 15 marzo 2022 (entro) - definizione delle procedure operative, dei piani di valutazione e dei sistemi di controllo; predisposizione dell'infrastruttura informatica necessaria alla gestione operativa dei progetti operativi degli ATS.

- 31 marzo 2022 - termine per raccolta delle proposte progettuali. Eventuale successiva riapertura dei termini per le linee di attività non completamente coperte.
- da 1 aprile 2022 - valutazione dei progetti.
- da 1 maggio 2022 - emanazione dei decreti ministeriali di approvazione dei progetti¹¹.
- da 1 giugno 2022- firma degli atti di convenzionamento con gli ATS¹².
- da 1 luglio 2022 - erogazione degli anticipi.
- 30 giugno 2023, 30 giugno 2024, 30 giugno 2025 - Comunicazione rapporti intermedi da parte degli ATS e dei Comuni titoli degli interventi.
- 31 dicembre 2023 - Erogazione seconda tranche di finanziamento.
- 31 marzo 2026 - Risultati relativi agli esiti dei progetti selezionati e attivati.
- 30 giugno 2026 - Erogazione del saldo.

2.3 Il monitoraggio delle misure PNRR: la piattaforma ReGis

La circolare n. 27 del 2022 del Ministero dell’Economia e delle Finanze – Ragioneria Generale dello Stato - è un documento che indica nel dettaglio le modalità con cui i soggetti coinvolti nel processo di monitoraggio andranno ad alimentare il sistema ReGis, una piattaforma sviluppata dalla Ragioneria Generale dello Stato, finalizzata in primis a rilevare e poi a diffondere dei dati di monitoraggio del PNRR e dunque a supportare gli adempimenti di rendicontazione e controllo previsti dalla normativa vigente. ReGis, come previsto dalla Legge di Bilancio 2021 e dal DPCM 15 settembre 2021, è la modalità unica attraverso cui le Amministrazioni centrali e territoriali interessate possono espletare gli obblighi di monitoraggio, rendicontazione e controllo delle misure e dei progetti che siano finanziati dal PNRR. Le unità di missione presso le Amministrazioni titolari, gli uffici e le strutture coinvolte nell’attuazioni e i soggetti attuatori vi possono accedere previa registrazione. In modalità consultazione vi possono accedere anche tutti gli attori istituzionali coinvolti con diversi ruoli (es.

¹¹ Il Decreto di approvazione dei progetti ammessi a finanziamento è stato approvato in data 9 maggio 2022.

¹² Le prime convenzioni sono cominciate ad essere siglate solo a partire da settembre 2022.

Organismo di Audit, Corte dei Conti, Uffici centrali di Bilancio, Ragionerie territoriali dello Stato, Commissione Europea, Commissioni Parlamentari, Segreteria tecnica della Cabina di Regia). La Ragioneria Generale dello Stato ha creato un supporto tecnico specifico per agevolare l'operatività e risolvere alcune problematiche che possono emergere, attraverso un *Service Desk* dedicato. Sul sito Italia Domani¹³, che contiene tutte le informazioni sul PNRR per l'Italia, sono presenti le 'Linee guida per il monitoraggio del PNRR', un vademecum essenziale con le principali indicazioni operative. All'interno di esse vengono indicati: i soggetti coinvolti, la struttura di ReGis e la modalità di aggiornamento dei dati. Per quanto concerne i soggetti coinvolti, troviamo da una parte le Amministrazioni centrali titolari delle misure, responsabili della corretta alimentazione del sistema ReGiS con i dati di programmazione ed attuazione finanziaria, fisica e procedurale relativi alle misure di cui sono titolari e dell'aggiornamento mensile dei dati; dall'altra i soggetti attuatori (es. Amministrazioni territoriali, Autorità portuali, Commissari speciali e altri enti collegati a singoli progetti), responsabili della corretta alimentazione del sistema ReGiS con i dati di programmazione ed attuazione finanziaria, fisica e procedurale relativi ai progetti di propria competenza, che devono rendere disponibili alle Amministrazioni centrali; e, infine, il Ministero dell'Economia e delle finanze – Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato – Servizio Centrale per il PNRR. La struttura del sistema ReGiS, invece, si articola in tre sezioni: 1. Misure (investimenti/riforme): tutte le informazioni relative alle misure o sub-misure di competenza che le Amministrazioni centrali sono tenute a registrare, sia a livello di programmazione (classificazione per missioni/componenti, risorse finanziarie, cronoprogrammi di spesa, Milestone e target di riferimento, ecc.), sia a livello di attuazione procedurale, fisica e finanziaria. 2. Milestone e Target: tutti i dati relativi agli obiettivi previsti che le Amministrazioni centrali sono tenute a registrare per le misure di loro competenza sia a livello di pianificazione (descrizione degli obiettivi, scadenze ecc.), in ottica di soddisfacimento di Milestone e Target. La registrazione comprende l'inoltro degli atti corrispondenti (normativi ed amministrativi) e della reportistica documentale associata, compresi gli step intermedi di controllo e gli esiti. 3. Progetti: i Soggetti attuatori, cioè i responsabili dell'avvio, dell'attuazione e della

¹³ <https://italiadomani.gov.it/it/news/pubblicate-le-circolari-su-monitoraggio-e-rendicontazione-del-pn.html>.

funzionalità dell'intervento/progetto finanziato dal PNRR¹⁴, hanno l'onere di caricare tutte le informazioni rilevanti i progetti strettamente di loro competenza, in particolare il livello di pianificazione, l'anagrafica del progetto (descrizione, finalità, costo, localizzazione, CUP, ecc.), il cosiddetto cronoprogramma procedurale (tempistiche, atti di approvazione, questioni contabili, autorizzazioni/pareri tecnici, procedure di gara, stipula dei contratti, avvio dei lavori, ecc.), comprendente il cronoprogramma di spesa. Per quanto riguarda la modalità di aggiornamento dei dati di monitoraggio, tale aggiornamento deve avere cadenza mensile e rispettare alcune scadenze. Per prima cosa i Soggetti attuatori dovranno caricare i dati di propria competenza entro i primi 10 giorni successivi alla conclusione del mese di cui si effettua il monitoraggio (quindi ad esempio, per il primo aggiornamento relativo al 30 giugno 2022 c'era tempo fino al 10 luglio 2022); secondariamente, le Unità di Missione PNRR, istituite presso le Amministrazioni titolari, hanno a disposizione 20 giorni di tempo per procedere con la validazione dei dati caricati (sempre nel caso del 30 giugno 2022 c'era quindi tempo fino al 20 luglio 2022). Le Amministrazioni centrali titolari, in generale, devono rilevare e rendere fruibili tempestivamente, per ciascuna misura/submisura e per ciascun progetto, i dati relativi alla programmazione di misure e progetti (obiettivi, costi, procedure, tempistiche e indicatori) e alla fase di attuazione (iter di attivazione, tempistiche, impegni e spese) nonché ogni altro dato e informazione di interesse necessaria per l'analisi, la valutazione e il supporto agli adempimenti di rendicontazione e controllo. La prima scadenza per l'aggiornamento dei dati di monitoraggio sul sistema ReGiS era stata fissata al 30 giugno 2022 dunque entro il 20 luglio 2022, le Amministrazioni titolari dovevano aggiornarsi sulla situazione dei dati relativi al cronoprogramma, sullo stato di esecuzione di Milestone e Target, sulle informazioni anagrafiche e di avanzamento finanziario, procedurale e fisico dei progetti ammessi. Più nel dettaglio, dunque, sono responsabili delle seguenti azioni:

¹⁴ Secondo l'art.1, comma 4, lett. o) del decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2021 n. 108, sono: "i soggetti pubblici o privati che provvedono alla realizzazione degli interventi previsti dal PNRR". L'art 9 c. 1 dello stesso decreto specifica che "alla realizzazione operativa degli interventi previsti dal PNRR provvedono le Amministrazioni centrali, le Regioni, le provincie autonome di Trento e Bolzano e gli Enti locali (sulla base delle specifiche competenze istituzionali ovvero della diversa titolarità degli interventi definita nel PNRR) attraverso le proprie strutture ovvero avvalendosi di soggetti attuatori esterni individuati nel PNRR ovvero con le modalità previste dalla normativa nazionale ed europea vigente".

- Definire, aggiornare e verificare la programmazione attuativa attraverso la gestione dei cronoprogrammi procedurali delle misure di propria competenza;
- Aggiornare e verificare che siano rispettate le tempistiche di realizzazione dei Milestone e target per riforme e investimenti con l'eventuale segnalazione di ritardi, impedimenti ed eventuali criticità che minino il conseguimento degli stessi o degli obiettivi di spesa e di realizzazione delle misure;
- Definire e aggiornare le procedure necessarie all'attivazione delle misure e alla selezione delle progettualità e dei Soggetti attuatori; la Procedura di Attivazione (PRATT) è l'atto amministrativo da adottare sia per individuare i progetti da finanziare che i rispettivi Soggetti Attuatori (es. tramite bandi, avvisi pubblici, circolari, etc.);
- Inserire le Convenzioni che disciplinino i rapporti giuridici tra Amministrazione titolare e Soggetto attuatore, definendo diritti ed obblighi in capo ai soggetti, modalità di realizzazione, durata e risorse attribuite ai fini dell'esecuzione;
- Verificare che i Soggetti attuatori alimentino i dati di avanzamento dei progetti e validare sul sistema ReGiS i dati di monitoraggio dei progetti inseriti dalle Direzioni/Uffici interni/Soggetti attuatori. A questi ultimi spetta caricare i dati relativi a elementi anagrafici e identificativi, soggetti correlati, informazioni sulle procedure di affidamento di lavori, acquisto di beni e realizzazione di servizi, la pianificazione dei costi e delle relative voci di spesa, cronoprogramma procedurale, gli avanzamenti procedurali e finanziari nonché fisici, la documentazione relativa al progetto ed ogni altra informazione necessaria;
- Inizializzare i progetti nell'area ReGiS e con i dati acquisiti, completati dai Soggetti attuatori, collegare i Soggetti Attuatori ai progetti/CUP di propria pertinenza.

Dopo il primo aggiornamento (30 giugno 2022), le successive scadenze procedono a intervalli mensili secondo lo schema seguente:

PNRR - Scadenze di monitoraggio

Aggiornamento dati monitoraggio	Registrazione su ReGiS Soggetti Attuatori	Validazione su ReGiS UDM PA centrali
30-giu	10-lug	20-lug
31-lug	10-ago	20-ago
31-ago	10-set	20-set
30-set	10-ott	20-ott
31-ott	10-nov	20-nov
30-nov	10-dic	20-dic
31-dic	10-gen	20-gen
31-gen	10-feb	20-feb
28-feb	10-mar	20-mar
31-mar	10-apr	20-apr
30-apr	10-mag	20-mag
31-mag	10-giu	20-giu
30-giu	10-lug	20-lug

Tabella 5: scadenze mensili relative al monitoraggio, circolare n.27/2022

Sostanzialmente vi è un controllo automatico ove, a fronte dell’inserimento dei dati di avanzamento, il Soggetto Attuatore attiva la pre-validazione degli stessi, eseguendo specifici controlli di default volti a garantire coerenza e integrità dei dati. Una volta che il Soggetto Attuatore ha inserito i dati di progetto nel sistema ReGiS, per mezzo di uno specifico “cruscotto” di validazione dei dati di progetto, l’Amministrazione centrale titolare esegue la pre-validazione per tutti i progetti relativi alle misure di propria competenza. Dunque potrà visualizzare per ogni progetto l’esito del controllo e, qualora ci fossero anomalie, richiedere al Soggetto Attuatore di sopperire ai dati mancanti e/o correggerli. Essendo una soluzione basata su un’architettura modulare ed largamente flessibile, il sistema ReGis offre dei discreti e tangibili vantaggi. In primis, mediante le funzionalità di gestione e gli strumenti di reportistica, consente una *governance* corroborata ed efficiente, dove risultano chiari i compiti di ciascun soggetto. Un altro beneficio è indubbiamente la copertura dell’intero iter di gestione del progetto, ottenuta mediante la gestione integrata dei processi. Altro punto a favore è l’ottenimento di percorsi amministrativi più efficienti ma anche l’essere un ottimo esempio di una ricerca di maggiore trasparenza della PA sia in termini di risorse utilizzate che di risultati raggiunti, un concetto chiave in ottica di supporto ai processi di rafforzamento amministrativo voluti dal PNRR. A livello pratico, poi, si assiste all’integrazione con Sistemi e Banche dati esterni, che aiuta a conseguire una fitta interoperabilità con sistemi locali delle Amministrazioni.

Capitolo III – L’istituto degli ATS in Italia: quale ruolo nel futuro del welfare sociale?

3.1 Gli Ambiti territoriali sociali: cosa sappiamo finora?

L’Ambito territoriale sociale nasce come un’aggregazione intercomunale con il compito di pianificare e programmare i servizi sociali dei Comuni, secondo quanto dettato dalla legge 328/2000, la legge quadro “per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”. All’art. 8, dedicato alle funzioni delle Regioni, comma 3 lett. a), si legge che alle Regioni, nel rispetto di quanto previsto dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, spetta la “determinazione, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, tramite le forme di concertazione con gli enti locali interessati, degli ambiti territoriali, delle modalità e degli strumenti per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete. Nella determinazione degli ambiti territoriali, le Regioni prevedono incentivi a favore dell’esercizio associato delle funzioni sociali in ambiti territoriali di norma coincidenti con i distretti sanitari già operanti per le prestazioni sanitarie, destinando allo scopo una quota delle complessive risorse regionali destinate agli interventi previsti dalla presente legge”. Parallelamente, anche i Comuni devono partecipare all’individuazione degli ATS. Questa legge ha segnato una svolta nell’organizzazione dei servizi sociali ed ha apportato cambiamenti significativi nella loro gestione. Se però si vuole svolgere una riflessione completa, è necessario valutare come l’assetto istituzionale sia mutato con la riforma del Titolo V della Costituzione (2001), che vede attribuire alle Regioni in modo esclusivo il compito di preparare ed attuare le strutture normative e organizzative su cui si basa il sistema dei servizi sociali e socioassistenziali. Questa autonomia, riconosciuta a livello di Costituzione, in carenza anche di quei livelli essenziali di assistenza sociale che erano stati previsti ma mai definiti a livello nazionale, ha fatto emergere diverse modalità di organizzazione, largamente variabili tra Regione e Regione. La situazione è inasprita anche dal fatto che esiste una grande frammentazione e atomicità nei numerosi Comuni, anche molto piccoli, presenti sul suolo italiano. Per quanto riguarda l’Italia, il forte radicamento della dimensione comunale, sia da parte dei cittadini sia di molti amministratori, ha frenato le spinte alla definizione di una dimensione ottimale di gestione dei servizi (Zantedeschi e Porchia, 2018), soprattutto in un settore come quello dei servizi sociali che è compito istituzionale dei Comuni. Negli ultimi tempi, con la

realizzazione dei fondi PON inclusione e del Fondo nazionale di lotta alla povertà (DLGS 147/2017) si è fatto un passo verso una gestione associata di questo tipo di servizi, elargendo i fondi agli Ambiti territoriali sociali (anche se non sempre e non in tutti i territori), che le Regioni hanno dovuto definire entro il 2016. Il recepimento della 328/2000 per quanto riguarda la definizione degli ATS ha visto le Regioni muoversi in modo diversificato. Si tratta di una realtà variegata di forme di gestione degli ATS, sia tra Regioni che all'interno della stessa Regione, che riguarda anche il numero di comuni facenti parte di ciascun ambito e la popolazione residente. La struttura istituzionale dell'Ambito è capeggiata dal Comitato dei Sindaci, composto dai Sindaci dei vari Comuni coinvolti, che è il soggetto politico di riferimento chiamato a:

- Definire le modalità e le forme organizzative adatte all'organizzazione dell'Ambito Territoriale e della rete dei servizi sociali;
- Individuare l'Ente capofila;
- Nominare il Coordinatore di Ambito e istituire l'Ufficio di Piano;
- Definire le misure di collaborazione fra Comuni e Azienda Sanitaria di riferimento e i contenuti degli accordi;
- Elaborare ed approvare il Piano di Zona istituendo, a tal fine, l'apposito "tavolo di concertazione", coinvolgendo soggetti territoriali e cittadini;
- Elaborare ed approvare il Bilancio Sociale;
- Approvare il Programma delle Attività Territoriali del Distretto per la parte relativa all'integrazione socio-sanitaria.

La natura del vertice organizzativo può cambiare da Regione a Regione ed essere individuata in un Comune, in un'unione o consorzio di Comuni, in un'Azienda sanitaria piuttosto che in Società della salute (caso toscano) o altro, e con esso cambiano i rapporti. In molte Regioni la normalità è che gli ATS siano organizzati attraverso l'individuazione di un Ente capofila che diventa il punto di riferimento per le funzioni gestionali associate a livello di Ambito. La Regione Veneto, con la DGR n. 1191 del 18 agosto 2020, riconosce i 22 Ambiti Territoriali Sociali del Veneto in base alla denominazione concordata con i loro Enti capofila, affermando che essi rappresentano uno strumento primario di ricognizione dei bisogni, in continua evoluzione, per assicurare l'ottimizzazione delle risorse provenienti dalle reti istituzionali e non, tenendo conto del significativo incremento delle persone e delle famiglie in carico alle

amministrazioni comunali anche a seguito della pandemia. L'obiettivo è quello di implementare modalità organizzative e gestionali più rispondenti al territorio e coordinarsi con il settore sanitario con spirito innovativo e adeguato alle problematiche. Nella prassi comune, il Coordinatore d'Ambito, nominato dal Comitato dei Sindaci (CDS), è una figura professionale specializzata e scelta tra gli iscritti ad un apposito elenco formulato dalla Regione. Tra le sue importanti funzioni si annoverano:

- Redazione, insieme all'Ufficio di Piano e col Responsabile di Distretto, del Piano di Zona e del Bilancio Sociale in base a quanto espresso in CDS;
- Coordinamento e monitoraggio sullo stato di attuazione del Piano di zona segnalando al CDS eventuali difficoltà;
- Supporto e coordinamento degli Uffici di Promozione Sociale, raccoglimento dati, promozione di percorsi formativi;
- Coordinamento dei referenti pubblici, promozione dell'integrazione socio-sanitaria e partecipazione, se richiesta, alle riunioni del CDS.

Il Piano di zona è il principale strumento di programmazione a disposizione dei Comuni per avviare nel proprio Ambito la progettazione e la realizzazione della rete dei servizi e degli interventi sociali. È un documento pensato con l'obiettivo di conoscere il territorio in cui si opera, capire quali risorse e servizi esistono già e invece quali ancora non trovano risposta, le zone meno dotate di interventi, ma anche e soprattutto le potenzialità attivabili. Quest'analisi, se svolta correttamente, è un fondamentale compendio per chi si occupa di pianificazione e programmazione sociale. A proposito dell'approfondimento sul territorio, si rileva come nelle Regioni del nord come Veneto, Piemonte e Lombardia si concentrino ambiti con un maggior numero di comuni, mentre, si registra un minor numero di comuni per ambito in Regioni del sud quali l'Umbria, la Puglia e la Sicilia. Tra i fattori che possono aver influenzato questo processo ci sono le politiche di fusione dei piccoli comuni ma anche la geografia e le peculiarità nella distribuzione dei comuni stessi.

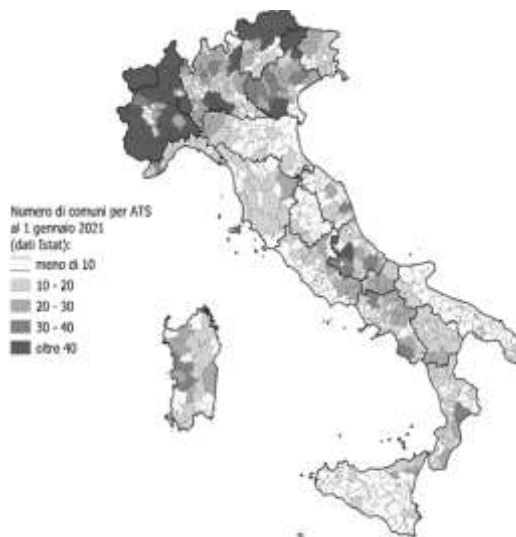


Figura 5: numero di Comuni per ATS in ogni Regione (fonte: Istat).

Anche il divario di popolazione è un fattore di diversificazione, che contribuisce a rendere complessa l'omologazione del concetto di Ambito territoriale sociale. Vi sono Regioni in cui la popolazione media residente per ambito si aggira sotto i 40.000 abitanti e altre in cui tocca e supera i 150.000. Una delle riflessioni che risultano più “scontate” da qui in futuro è in quale misura la dimensione dell'ambito influenzi la sua capacità di gestione dei servizi, vicinanza ai bisogni dei cittadini, ottimizzazione delle risorse, comprensione della specificità del territorio mantenendo più possibile una certa equità di trattamento. È uno dei quesiti a cui gli esperti del settore tentano oggi di rispondere. Anche l'indice di vecchiaia (rapporto tra over 65 e under 15) è un ulteriore elemento che aggiunge complessità nella gestione delle cure della popolazione anziana e influenza le dinamiche ad esse correlate (famiglia, assistenza, ricambio generazionale, sostenibilità del mercato del lavoro ecc.). Dai dati Istat del gennaio 2021, si evidenziano aree con un rapporto di oltre 300 over 65 per ogni 100 under 65 maggiormente in Regioni del nord e centro sud, ma prevale comunque ancora una volta un'Italia diversificata in zone di maggior o minor concentrazione. Sicuramente considerare le dinamiche sociali e demografiche collegate alla dimensione territoriale può essere un'importante chiave per comprendere più a fondo la diversificazione nella domanda della tipologia di servizi richiesti, garantendo un bacino gestionale sufficientemente ampio per sviluppare i servizi e le infrastrutture necessarie alla popolazione del territorio (Zantedeschi e Porchia, 2018). Le politiche sociali suscitano particolare interesse proprio perché sono un importante riflesso dell'operato politico sul territorio, avendo un'importante ricaduta sul benessere e sulla qualità della vita delle persone e

rappresentando l'anello di congiunzione più vicino tra cittadino e amministrazione. Esse hanno risvolti su temi cardine come il lavoro, le abitazioni, la famiglia e la sanità. Il paradigma che già si sta affermando è quello del rafforzarsi di una logica promozionale piuttosto che meramente riparativa e assistenzialistica, in grado di individuare a priori le criticità del sistema e sviluppare opportunità di sviluppo e benessere per la popolazione. La complessità dell'intero sistema, anche dopo l'esperienza pandemica, obbliga ad avere uno sguardo più largo, in grado di abbracciare nuovi orizzonti e rendendo indispensabile ripensare ad un nuovo bacino territoriale, che non può determinarsi nei confini del piccolo o medio comune. Gli ATS offrono all'esecutività dei progetti sociali una risposta operativa adeguata e degli spazi di lavoro sinergici, con un grande potenziale di collaborazione fra i diversi Comuni ma anche in relazione con le altre politiche locali. Affinché l'Ambito sociale sia uno "snodo utile al territorio" (Zantedeschi e Porchia, 2018) serve far luce su tre aspetti. Il primo è la dimensione dell'ambito, che rende il cosiddetto "bacino ottimale" diverso da Regione a Regione, per varietà di risorse, popolazione, geografica e impostazione delle leggi regionali. Produrre impatti efficaci ed efficienti risulta difficile dove non è rispettato il principio di prossimità e dunque le esigenze degli utenti non vengono rappresentate adeguatamente. La dimensione dell'ambito è da incanalare dunque rispetto alla governance che l'ambito può svolgere. Il secondo aspetto riguarda le competenze associate e gli ATS come raccordo essenziale per allontanarsi dalla logica riparativa e avvicinarsi a quella che nel capitolo 1 veniva chiamata capacitazione. Non si tratta dunque di fornire nuove competenze agli attori per quanto riguarda l'azione e l'informazione, ma anche inserirli in un tavolo di lavoro fertile di idee e proposte. È tramite questa vicinanza tra i soggetti coinvolti, che è possibile uno scambio e un dialogo tra le parti e i soggetti territoriali. Il terzo aspetto, più tecnico, è la collocazione giuridico-amministrativa dell'Ambito. Come è già stato detto il vertice organizzativo dell'ambito può essere individuato in diversi soggetti, anche se il modello prevalente (individuazione di un Comune capofila tramite convenzione) prevede un gestore senza autonomia giuridica. Gli effetti di questa decisione si possono ripercuotere diversamente sulla gestione del budget e del bilancio, sulla dipendenza del personale, sul peso del Comitato dei sindaci e sul ruolo degli assessori. Questi tre aspetti restituiscono diverse sfaccettature in cui l'Ambito si può declinare e il ruolo che effettivamente può svolgere, come un prisma che cambi colore in base a dove lo si guardi. L'unica certezza è che l'innovazione vada accompagnata da strutture territoriali salde e robuste, capaci di essere lungimiranti nel prevenire i rischi,

propositive nell'attivare la comunità e i mezzi a disposizione e attente all'inclusione a difesa delle fragilità. Nell'orizzonte triennale 2021-2023, già in gran parte trascorso, si tratta dunque di percorrere due direzioni. Da un lato rafforzare ulteriormente la gestione associata dei servizi sociali a livello d'Ambito, dato che emergono ancora casi di gestione eccessivamente frammentata fra comuni anche di piccole dimensioni oppure realtà che vedono i servizi sociali organizzati in modo disomogeneo nel medesimo territorio. Dall'altro, dare contenuto fattivo all'indicazione normativa di perseguire sempre più l'identità di Ambiti sociali, Distretti sanitari e delimitazioni territoriali dei Centri per l'impiego, di modo da facilitare il perseguimento di politiche sociali effettivamente integrate anche operativamente con i servizi sanitari e del lavoro¹⁵, come auspicato dall'art. 23 del D.lgs. 147/2017.

3.2 Prospettiva e impatto degli ATS tra punti di forza e debolezza: alcune riflessioni sulla realtà veneta

Queste considerazioni nascono dalla partecipazione agli incontri di lavoro composti dai rappresentanti dei Comuni e delle Asl per la predisposizione di progettualità richieste dagli Ambiti territoriali sociali a valere sull'Avviso 1/2022, che hanno caratterizzato la mia esperienza di stage; dalla partecipazione al seminario all'interno della riunione del Centro "Governance & Social Innovation" (GSI) di Fondazione Ca' Foscari tenutasi il 15 settembre 2022 a Palazzo Moro (Venezia); e, infine, dall'intervista a Romano Astolfo, consulente presso il Centro GSI e docente del Master in Pubblica Amministrazione (Ca' Foscari Challenge School). Gli Ambiti territoriali sociali hanno una storia abbastanza recente ed è importante ricordare che non hanno ancora una cornice normativa di riferimento nella Regione del Veneto. La stessa Regione Veneto non ha ancora una legge di recepimento della Legge 328/2000, cioè non ha una normativa organica unitaria sugli Ambiti territoriali sociali, pur avendo una storia di gestione associata, ma più che associata delegata (in alcuni casi), all'azienda AULSS principalmente dei servizi socio-sanitari. Gli ATS del Veneto hanno delle caratteristiche distintive rispetto a quelli nazionali, che acquisiscono ulteriormente le criticità citate nel primo paragrafo, in particolare il fatto che hanno mediamente una popolazione molto

¹⁵ Piano Nazionale degli interventi e servizi sociali 2021-2023, p. 27

più numerosa della media nazionale. Se si dovesse pensare ad un'analisi SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*) l'assenza di una cornice normativa di riferimento e il dimensionamento elevato in termini di popolazione rispetto alla media nazionale sono sicuramente due elementi di criticità. C'è da discutere se il primo elemento sia individuabile come una debolezza oppure più che altro una minaccia esterna. Gli ATS della Regione Veneto non hanno una personalità giuridica e quindi si rifanno al modello più diffuso tra le Regioni che è quello dell'individuazione di Ente capofila. Spesso, da quello che risulta concretamente, questo avviene anche senza una formalizzazione tramite convenzione fra Comuni: quasi la metà degli Ambiti del Veneto non ha effettivamente formalizzato questa individuazione. Un tema che in questo quadro può rappresentare una minaccia, ma anche un'opportunità, è sicuramente il fatto che il livello nazionale, ma anche quello regionale, stanno dando una crescente attenzione agli Ambiti e anche, conseguentemente, maggiori risorse e compiti da svolgere. Senza una norma di riferimento, senza una struttura organizzativa stabile di riferimento e senza personalità giuridica di riferimento si rischia di caricare e costruire responsabilità su delle fondamenta fragili. Può, a questo proposito, accadere quanto successo all'Ambito Ven_13, dove la rinuncia da parte del Comune capofila dell'ATS ad esercitare tale funzione, avvenuta contestualmente al periodo di presentazione delle richieste di contributo a valere sull'Avviso 1/2022 PNRR del MLPS, ha fortemente pregiudicato la capacità dell'ATS di vedere finanziati dei progetti sul proprio territorio. La difficoltà di adottare una normativa specifica risiede nella complessità di metter mano agli attuali assetti di funzionamento. La materia è relativamente semplice finché si tratta dei Fondi per la povertà, l'unica competenza che di fatto anche i Comuni già in precedenza esercitavano in maniera autonoma. Quando si vanno a toccare i minori, dove ci sono delle deleghe facoltative esercitate da quasi tutti i Comuni a favore dell'Asl, o perlopiù le persone con disabilità, dove la delega all'AULSS a livello regionale è addirittura obbligatoria per legge, diventa più problematica. Questo in primis perché ci sono delle competenze che, ad oggi, stanno a capo, per le funzioni che nel tempo sono state assegnate, ad altri soggetti e ai relativi operatori. Secondariamente, perché non c'è ancora una chiara idea condivisa di dove si voglia portare il sistema. Come già accennato le Regioni hanno seguito modelli diversi: ad esempio la Toscana ha il modello della Società della salute, l'Emilia Romagna generalmente utilizza le Unioni di Comuni e il Friuli-Venezia Giulia invece il Servizio Sociale dei Comuni. Quest'ultimo prevede un modello abbastanza simile al Veneto ma più strutturato e dotato di una

dotazione aggiuntiva (Pianta Organica) di personale. In aggiunta, al di là del confronto nazionale, si può dire che anche gli Ambiti veneti tra di loro si diversificano molto: il numero di Comuni è variabile da 3 a 46 e hanno bacini di popolazione che spaziano da meno di 50.000 abitanti a quasi mezzo milione. La media di popolazione è di 200.000 abitanti contro quella nazionale che è di 80.000. Risulta dunque difficile gestire gli uni e gli altri alla stessa maniera e probabilmente quelli veneti sono anche un po' troppo ampi, per quello vi sono eventuali articolazioni interne (Sub-Ambiti). D'altro canto però quelli piccoli, da 40, 50 o 60 mila risultano troppo deboli e quindi non in grado di raggiungere quegli efficientamenti e quelle specializzazioni necessarie. Anche la conformità orografica e territoriale, la presenza di montagne, di territorio rurale e la distanza tra i Comuni stessi è un altro fattore che influisce molto sull'impatto dell'Ambito. Come elemento di sfondo, riscontrabile nell'esperienza diretta, vi è ancora una certa difficoltà in alcuni territori dei Comuni a lavorare in maniera associata, essendo il Veneto in un certo qual modo il territorio della logica dei "campanili". Negli ultimi anni, anche il blocco delle assunzioni nei Comuni ha impedito il ricambio all'interno delle amministrazioni, le quali si sono trovate con carichi aggiuntivi senza magari la possibilità di sostituire il personale prossimo alla pensione oppure con un sovraccarico di oneri legati al PNRR, che si aggiungono alle mansioni che già svolgevano. Un altro rischio può concretizzarsi anche nel sovraccarico dello stesso Ente Capofila, se non vi è un adeguato supporto da parte degli altri Comuni dell'Ambito. Il Friuli è un esempio positivo della gestione di questo problema poiché pur avendo un modello molto simile al Veneto, in aggiunta, ha una Pianta Organica aggiuntiva finanziata dalla Regione per le funzioni di Ambito da dare all'Ente Capofila, riconoscendo la dotazione di personale aggiuntivo stabile per occuparsi delle funzioni associate e snellire così gli oneri. Avere del personale stabile non soggetto a *turnover* e adibito a funzioni specifiche rende i rapporti più continuativi, facilitando anche l'andamento dei lavori. In alcuni territori ci sono anche delle positività. Ad un'osservazione diretta, in questi tempi, l'Ambito referente al Comune di Portogruaro (VE), Ambito Ven_10, sembra dimostrarsi uno dei più virtuosi perché si è cristallizzata l'abitudine da un lato a relazionarsi puntualmente con la componente politica, individuata nella Conferenza dei Sindaci, e dall'altro c'è una positiva e florida collaborazione interna ma anche esterna, tra i Comuni facenti parte dell'Ambito, che si intravede nel dotarsi di strumenti per lavorare assieme e nell'assumersi responsabilità condivise. Lo stato dell'arte in questi Comuni denota il fatto che la collaborazione

«operativa» fra i Comuni è cresciuta nel tempo. Si sono sviluppate, negli ultimi anni, diverse «micro» collaborazioni collegate soprattutto a specifiche progettualità (che generalmente prevedevano espressamente come vincolo la cooperazione intercomunale) o all'erogazione di servizi specifici (es. «Sportello Abramo», LPU, Piano Politiche Giovanili, Gestione associata dei servizi sociali dei Comuni di Portogruaro, Cinto Caomaggiore e Teglio Veneto, ...) e solo, da ultimo, con il piano di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale, anche in termini più espliciti di politiche. Si è corroborata una certa cultura della gestione associata e vi è la percezione che una gestione associata dei servizi sociali possa favorire una migliore specializzazione e conseguentemente una migliore qualità del servizio offerto alla cittadinanza¹⁶. Operativamente questo aspetto non si diffonde a tutti ma soprattutto ai Comuni principali. Ciononostante rappresenta un importante vantaggio rispetto agli altri. Portogruaro è anche un esempio per quanto riguarda l'essere riusciti ad approvare una Convenzione di Ambito, che è quella che adesso in tutte le iniziative del PNRR li tutela incredibilmente. Dove la stessa convenzione invece era stata espianata nel tentativo di implementarla in un altro territorio, essa si è fermata davanti alla parte politica, poiché assente quel processo di condivisione che invece nell'altro territorio era ad uno stadio più avanzato. Tale situazione è sintomo del fatto che avere o non avere una visione politica di territorio globale sulle politiche sociali può aiutare oppure ostacolare, fungendo da freno. Se la politica guida questi percorsi attraverso la prevenzione e la promozione della salute si procede in avanti, se la politica è debole e non ha una visione della visione associata del territorio è chiaro che si rimane fermi nella frammentazione attuale. Un altro aspetto che potrebbe rappresentare una minaccia esterna è il processo di sanitarizzazione delle Asl che le sta portando a ritirarsi sempre di più all'interno del perimetro strettamente sanitario. L'ATS potrebbe essere un modello che invece va verso una logica di integrazione auspicata tra la sfera sanitaria e quella sociale. Oggi si c'è l'integrazione ad esempio nell'équipe di valutazione multidimensionale, dove partecipa anche l'assistente sociale del Comune e quello del distretto, o anche nell'assistenza domiciliare ma è comunque meno rilevante di quella che potrebbe essere se alcune funzioni e materie tornassero in capo direttamente agli Enti locali. Oggi la disabilità per esempio, per delega obbligatoria della legge regionale, è gestita interamente dall'Asl. Infine, un altro tema più sottile ed ideologico, è la difficoltà di far apprezzare i risultati

¹⁶ Astolfo R., presentazione sui *Processi organizzativi per il rafforzamento dell'Ambito*, Ambito Ven_10, documento PPT, slide 6, marzo 2021.

della gestione associata. Che cosa significa? Che a parole tutti i Comuni risultano d'accordo nei risparmi di spesa e nell'efficientamento che ne deriva, ma poi vi è difficoltà di apprezzare i risultati all'unisono e dimostrarli in maniera puntuale.

3.3 Gli Enti locali come attori nella resilienza di comunità: conclusioni

Alla luce della multifattorialità dei rischi a cui i sistemi sono sottoposti, in conclusione al capitolo I si era evidenziato quanto oggi sia necessario pensare a sistemi di welfare che si dimostrino flessibili, resilienti e trasformativi. Oltretutto oggi non si parla più solo di rischi individuali ma abbiamo a che fare con rischi sistemici (Bertin, 2022), cioè che non riguardano problematiche individuali e circoscritte ma relative all'intera comunità. Quest'ultima può dirsi resiliente se ha percezione del rischio e se è in grado di sapere cosa deve fare per resistere agli eventi avversi, in modo da adattarsi e trovare equilibrio continuando ad abbracciare le proprie finalità, senza mai penalizzarle. Ma cosa si intende effettivamente per resilienza di comunità? Il termine può essere declinato in un duplice modo: da una parte, la prontezza a reagire ad una situazione di emergenza, dall'altro fronteggiare consapevolmente una situazione difficoltosa, anche a lungo termine, e i rischi che essa porta con sé, evitando di abbassare la guardia e farsi trovare impreparati. È importante sottolineare che promuovere la resilienza di comunità non è solo scaturire un processo endogeno con una capacitazione interna delle competenze, ma anche considerare le capacità di adattamento di una comunità che può essere stimolata da spinte esterne. Sviluppare una comunità resiliente richiede di porre il focus sui cambiamenti e sui rischi che caratterizzano il contesto comunitario di riferimento, acquisendo conoscenza in merito alle differenze nella percezione dei rischi tra la popolazione, alla necessità di informazioni in merito agli stessi, al livello di fiducia che la comunità ripone nei decisori e verso gli attori chiave che possono influenzare tali rischi o le risposte adattive agli stessi, incluso ad esempio chi dovrebbe sostenere i costi per ridurli o contrastarli (Ivory *et al.*, 2017). Secondo la prospettiva del professore e sociologo della salute Erio Ziglio, che emerge nel suo elaborato *Resilience and 21st Century public health*, ci sono alcuni passi da compiere per avanzare in questa direzione:

- Stimolare la capacità adattiva di una comunità, conoscendo sia il territorio di riferimento sia i propri interlocutori e indagando su quanto la comunità sia consapevole dei cambiamenti e dei rischi cui è esposta, sulla loro riconoscibilità e accettazione. Se ci focalizziamo, ad esempio, sull'invecchiamento della popolazione e le dinamiche ad esso connesse (perdita di autonomia, impoverimento, isolamento sociale, obsolescenza delle competenze lavorative e sociali, sostenibilità intergenerazionale, ricambio forza lavoro, ecc.), potremmo chiederci quanto questo aspetto trovi riscontro, quanta consapevolezza ci sia nella popolazione di come cambierà la struttura demografica di paesi e città nei prossimi anni, quanto ne siano coscienti gli imprenditori sul fronte del mercato del lavoro, dell'interfaccia con i clienti e del cambiamento dei consumi, come sia rappresentato l'invecchiamento sui giornali o nei dibattiti sui media piuttosto che nelle sedi informali in cui i cittadini si relazionano.
- Assorbire gli effetti possibili di eventi potenzialmente perturbanti e saper reagire agli stessi in modo attivo, analizzando le risorse attivabili (economiche, umane, fisiche, ambientali ecc.) che possano servire a contrastarli, in ottica di integrazione e beneficio comune. Queste risorse non è detto che siano disponibili a tutti e in egual modo e tuttalpiù variano a seconda della società di contesto e dal tipo di rischio. Pertanto, prendendo in esame sempre l'invecchiamento della popolazione, ci si può chiedere come siano le strutture familiari della comunità di riferimento, le reti sociali, la morfologia territoriale, la vocazione economica, gli stili abitativi e i contesti urbani della comunità di riferimento.
- Anticipare gli eventi avversi e arrivare preparati. Non basta identificare i soggetti deboli e meno autonomi; occorre anche comprendere come le dinamiche di relazione tra persone, nuclei e reti sociali siano in grado di sostenere questi soggetti in tale azione, coinvolgerli e indirizzarli, sviluppando forme di sussidiarietà plasmate su ciascun contesto.
- Attivare una capacità fattiva di adattamento, che può essere giocata al verificarsi dell'evento scatenante oppure in ottica preventiva. L'approccio *desing for all*, ad esempio, promuove una progettazione per l'individuo reale, inclusiva e olistica che valorizzi le specificità di ognuno e rappresenta un'azione trasformativa

capace di rispondere al rischio di perdita di autonomia e di dipendenza delle persone anziane.

I Comuni, o le loro aggregazioni come nel caso degli ATS, possono svolgere una funzione di *piattaforma abilitante* per la comunità, agendo su alcuni *asset* fondamentali: i luoghi, le persone e le organizzazioni. I primi rappresentano un *asset* strategico, sono gli spazi identitari dove la comunità cresce ed evolve e rappresentano una risorsa preziosa per molti fattori sociali e culturali a fondamento delle comunità resilienti. Ogni luogo, che sia una scuola o un parco, nasce con uno scopo e una funzione ma invece concedere la trasformazione degli spazi, l'adattamento dei luoghi e la loro riprogettazione da parte dei cittadini facilita una riappropriazione degli spazi comunitari, diventa opportunità di ingaggio, di attivazione, di proposta, di soluzione (Zantedeschi e Gibin, 2020). Le seconde, i pivot di progetto o leader della comunità, magari sono già attive in alcune reti sociali del territorio ma con l'ingaggio e l'attivazione delle persone si incrociano organizzazioni e gruppi, si tessono relazioni, si sviluppa senso comune, si co-creano obiettivi e opportunità e si uniscono i diversi *background* per delineare soluzioni e iniziative collaborative. Le ultime solo le colonne portanti delle comunità e fanno da sentinelle per l'individuazione del cambiamento, per il riconoscimento dei rischi e per il supporto al cambiamento. Questo tipo di riflessione richiede una *governance* matura, in due istanze: la prima verso sostegni adattivi all'abilitare gli *asset* e al senso comune, in ottica di trasferimento delle competenze per un programmato ritiro della PA; la seconda è un approccio alla comunicazione, alla diffusione di conoscenza e al duplice scambio tra attori territoriali e tra livelli della PA, orientato all'attivazione della comunità, al confronto coi cittadini e al co-design dei servizi, inglobando i diretti interessati. Tutto ciò dà molta responsabilità al ruolo che l'Ente locale svolge nel territorio e si incentra sulla dualità Istituzione-cittadino ed Ente locale-comunità. Dove uno è resiliente, anche l'altro lo deve essere.

Riferimenti normativi

- Regolamento (UE) 12 febbraio 2021, n. 2021/241, che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - Direzione generale per la lotta alla povertà e per la programmazione sociale, (2022), *Avviso pubblico per la presentazione di Proposte di intervento da parte degli Ambiti Sociali Territoriali da finanziare nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 5 "Inclusione e coesione", Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore", Sottocomponente 1 "Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale", Investimento 1.1 - Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti, Investimento 1.2 - Percorsi di autonomia per persone con disabilità, Investimento 1.3 – Housing temporaneo e stazioni di posta, finanziato dall'Unione europea – Next generation Eu*, Roma, Febbraio 2022.
- Legge 8 novembre 2000, n. 328, legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, e successive modifiche e integrazioni, che all'art. 18 prevede che il Governo predisponga triennialmente un Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali.
- Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, (2021), Legge 30 dicembre 2021, n.234, *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024*, art. 1 (comma 162 lettera a), commi 159-162 e commi 162-168, Roma, Dicembre 2021.
- Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, (2020), *Legge 30 dicembre 2020, n. 178, Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024*, art. 1 commi 1042-1043 e 1037-1050.
- Regolamento UE 2020/852, articolo 17 che definisce gli obiettivi ambientali, tra cui il principio di non arrecare un danno significativo (DNSH, "Do no significant harm"), e la Comunicazione della Commissione UE 2021/C 58/01 recante "Orientamenti tecnici sull'applicazione del principio «non arrecare un danno significativo» a norma del regolamento sul dispositivo per la ripresa e la resilienza".
- Regolamento (UE) n. 2020/2221 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 23 dicembre 2020 che modifica il Regolamento (UE) n. 1303/2013 per quanto riguarda le risorse aggiuntive e le modalità di attuazione per fornire assistenza allo scopo di promuovere il superamento degli effetti della crisi, nel contesto della pandemia di Covid-19 e delle sue conseguenze sociali, e preparare una ripresa verde, digitale e resiliente dell'economia (REACT-EU).

- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, (2021), *Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi sociali 2021-2023*, Roma, Agosto 2021.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, (2021), Decreto MLPS n. 450, *Piano Operativo (...) per la presentazione di proposte di adesione agli interventi di cui alla Missione 5 "Inclusione e coesione", Componente 2 – Investimenti 1.1, 1.2 e 1.3 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che prevedono progettualità per l'implementazione di: a) Investimento 1.1 - Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti; b) Investimento 1.2 - Percorsi 6 di autonomia per persone con disabilità; c) Investimento 1.3 - Housing temporaneo e stazioni di posta*, Roma, Dicembre 2021.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ufficio III - Servizio Centrale PNRR, (2021), Circolare N.27 – Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato, *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Monitoraggio delle misure PNRR*, Roma.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ufficio III - Servizio Centrale PNRR, (2021), Circolare N. 21 – Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato, *Trasmissione delle istruzioni tecniche per la selezione dei progetti PNRR.*, Roma, ottobre 2021.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ufficio III - Servizio Centrale PNRR, (2021), Circolare N. 33 – Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato, Nota di chiarimento sulla Circolare N.21, *Addizionalità, finanziamento complementare e obbligo di assenza del c.d. doppio finanziamento*, Roma, dicembre 2021.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ufficio II – Servizio Centrale PNRR, (2022), Circolare N.4 – Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato, *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – articolo 1, comma 1 del decreto-legge n. 80 del 2021 - Indicazioni attuative*, Roma, Gennaio 2022.
- Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, (2019), *Linee di indirizzo per i progetti di vita indipendente*, adottate con il DPCM 21 novembre 2019, Roma, Novembre 2019.
- Deliberazione della Rete della protezione e dell'inclusione sociale del 28 luglio 2021 che, su proposta del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, ha istituito il gruppo di lavoro tecnico, denominato Cabina di regia PNRR.
- Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, (2020), *Linee di indirizzo per progetti di vita indipendente*, Serie generale n.28, Allegato F, Roma, Febbraio 2020.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, (2022), Webinar informativo sulle schede progetto nell'ambito dell'Avviso Pubblico 1/22 – *Proposte di intervento da parte degli Ambiti Sociali Territoriali da finanziare nell'ambito*

del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, Linea di intervento 1.1.2 Autonomia degli anziani non autosufficienti, Zoom, 11 Luglio 2022.

- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Webinar informativo sulle schede progetto nell'ambito dell'Avviso Pubblico 1/22 – *Proposte di intervento da parte degli Ambiti Sociali Territoriali da finanziare nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, Linea di intervento 1.1.3 Rafforzamento dei servizi sociali a favore della domiciliarità, Zoom, 11 luglio 2022.*
- Regolamento (UE) n. 2021/177 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 10 febbraio 2021 che modifica il Regolamento (UE) n. 223/2014 per quanto riguarda l'introduzione di misure specifiche volte ad affrontare la crisi determinata dalla pandemia di COVID-19.
- Decreto-legge 6 maggio 2021, n. 59, convertito con modificazioni dalla L. 1 luglio 2021, n. 101 recante «Misure urgenti relative al Fondo complementare al Piano nazionale di ripresa e resilienza e altre misure urgenti per gli investimenti».
- Decreto-legge del 31 maggio 2021, n. 77, convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2021, n. 108, recante: «Governance del Piano nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure».
- Decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, recante: «Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia».
- Decreto del Ministro dell'economia e delle finanze del 6 agosto 2021 relativo all'assegnazione delle risorse in favore di ciascuna Amministrazione titolare degli interventi PNRR e corrispondenti milestone e target.
- Decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147, articolo 22, comma 1, con cui è stata istituita la Direzione Generale per la lotta alla povertà e per la programmazione sociale.

- PON “Inclusione” - CCI n.2014IT05SFOP001, approvato con decisione della Commissione Europea C(2014)10130 del 17 dicembre 2014, in particolare, l’Asse 3 del PON “Inclusione” che prevede il sostegno alla realizzazione di “Sistemi e modelli di Intervento sociale”.
- Deliberazione della Giunta Regionale N. 1191 del 18 Agosto 2020 - Definizione degli Ambiti Territoriali Sociali.

Bibliografia

- Astolfo R., presentazione sui *Processi organizzativi per il rafforzamento dell’Ambito*, Ambito Ven_10, documento PPT, slide 6, marzo 2021.
- Bertin, G. (2012), *Welfare regionale in Italia – Politiche sociali 1*, Logo s.r.l, Borgoricco.
- Bertin, G. (2022), *Quale sistema di welfare nel future: alcune piste per capire il cambiamento*, presentazione, Palazzo Moro, Venezia, 15 settembre 2022.
- Brienza G. (2002), *Famiglia, sussidiarietà e riforma dei servizi sociali*, Città Nuova, Roma.
- Campostrini, S., Gibin, M. (2018), *Nuovi modelli di governance del territorio, innovazione sociale e partecipazione: la prospettiva della co-creazione*, Rapporto Ca’ Foscari 2018, pp. 105-122, Venezia.
- Combrinck-Graham, L., *A developmental model for family systems*, in *Family Process*, 24, 1985.
- Degni, M. (2020), Rapporto Ca’ Foscari sui comuni 2020, *Il governo locale: modelli ed esperienze in Itali e in Europa*, scritti di Zantedeschi e Gibin, Venezia, agosto 2020.
- Dewilde, C., *A life-course perspective on social exclusion and poverty*, «British Journal of Sociology», 54, 2003.
- Di Nicola, P., *Famiglia: sostantivo plurale*, Milano, Franco Angeli, 2008.
- Donati P. e Colozzi I. (2005), *La sussidiarietà: che cos’è e come funziona*, Carocci, Roma.
- Gori C. (2004), *La riforma dei servizi sociali in Italia. L’attuazione della legge 328 e le sfide future*, Carocci, Roma.

- Ivory, V., Saunders, H., Schneider, P., White, I., Hanna, C., Lawrence, J., Vargo, J., (2017), *Governance pathways to resilience: emerging findings*, New Zealand – government.
- Maggiani R. (2003), *Il sistema integrato dell'assistenza. Guida alla legge 328/2000*, Carocci, Roma.
- Porchia, S., Zantedeschi, M., *Gli ambiti territoriali sociali, tra gestione associata e welfare plurale*, 2018.
- Saraceno, C., *Mutamenti della famiglia e politiche sociali in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2003.
- Uniamo, Federazione Italiana Malattie Rare, *MonitoRare - Ottavo Rapporto sulla condizione delle persone con malattia rara in Italia*, 2022, p.37.
- Ziglio, E., (2017), *Resilience and 21st Century public health*, The European Journal of Public Health, Oxford University Press, October 2017.
- Wells, W.D., Gubar, G., *Life cycle concept in marketing research*, «Journal of Marketing Research», 3, 1966.

Sitografia

- Governo, *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza #NextGenerationItalia*.
<https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>
- Il Sole24ore, *Non autosufficienza/ L'appello del Patto per un nuovo welfare: la crisi di Governo non interrompa l'iter verso la riforma*, luglio 2022.
<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-Regioni/2022-07-29/non-autosufficienza-appello-patto-un-nuovo-welfare-crisi-governo-non-interrompa-iter-la-riforma-112119.php?uuid=AEYNIwpB>
- Pesaresi, F., *La scomparsa dei LEP per la non autosufficienza dalla legge di bilancio 2022 - Quando la cattiva pratica cancella le buone intenzioni*, gennaio 2022.
<https://welforum.it/la-scomparsa-dei-livelli-essenziali-per-la-non-autosufficienza-dalla-legge-di-bilancio-2022/>
- Cibinel, E., *La 328 ha vent'anni: ha raggiunto la maturità?*, novembre 2020.

<https://www.secondowelfare.it/primo-welfare/la-legge-328-ha-vent-anni-valutiamone-la-maturita/>

- Italia domani, *ReGiS – Il sistema gestionale unico del PNRR*, luglio 2022.
<https://italiadomani.gov.it/it/Interventi/regis---il-sistema-gestionale-unico-del-pnrr.html>
- Agenzia per la coesione territoriale, *ReGiS: come adempiere agli obblighi di monitoraggio, rendicontazione e controllo delle misure e dei progetti finanziati dal PNRR*, Roma, luglio 2022.
https://www.agenziacoesione.gov.it/news_istituzionali/sistema-regis/
- Ministero per la Pubblica Amministrazione, *Pnrr - Ecco le circolari per alimentare il sistema ReGiS*, Roma, giugno 2022.
<https://www.funzionepubblica.gov.it/articolo/ministro/24-06-2022/pnrr-ecco-circolari-regis>