

CONFERENZA DEI SINDACI

Azienda UsI Toscana Centro

Osservazioni della Conferenza dei Sindaci dell'Azienda UsI Toscana Centro al Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PISSR) 2018-2020

Premessa

In seguito alla presentazione delle linee guida del nuovo PISSR 2018-2020 da parte della Regione Toscana a tutti i Sindaci del territorio aziendale, avvenuta il 16/07/2018, nonché della Conferenza Regionale dei Sindaci del 26/07/2018, la Conferenza dei Sindaci dell'Azienda UsI Toscana Centro ha elaborato il presente documento, frutto di un percorso partecipato e condiviso dai Sindaci, con lo scopo di programmare lo sviluppo e l'innovazione del welfare dei prossimi anni, al fine di migliorare la qualità della vita dei nostri cittadini e cittadine, con un impegno condiviso ad ascoltare, coinvolgere e sostenere la partecipazione delle nostre comunità.

1. RIFORMA SANITARIA REGIONALE – VALUTAZIONE DELLO STATO DI ATTUAZIONE

La presentazione del PISSR 2018-2020 non ha fatto menzione alla riforma sanitaria regionale che ha modificato in modo rilevante gli assetti. Pensiamo sia importante, dentro al piano o in atto collegato, procedere ad un monitoraggio e valutazione dello stato dell'arte.

2. IL PISSR E LA PROGRAMMAZIONE LOCALE

I tempi di approvazione del PISSR in Consiglio Regionale si ripercuotono sui tempi della programmazione locale (PIS / PAL / PAO).

Le linee guida della giunta regionale DGRT 573/2017 "*Nuove linee guida del piano integrato di salute e del piano di inclusione zonale*", tutt'ora vigenti, stabiliscono che dopo 4 mesi dall'approvazione del PISSR dovrà essere approvato il PIS dalle SdS in base ad un format preciso, basato principalmente sui LEA sociosanitari e sul nomenclatore sociale regionale, la definizione di cinque aree di programmazione, settori e sotto settori. Sulla base di questa delibera regionale i nostri territori hanno predisposto, in attesa del PISSR, Piani Operativi Annuali (POA) 2017-2018 – coordinati con la programmazione aziendale - nel termine perentorio di novembre 2017.

A questo proposito è fondamentale definire con atto formale alcune decisioni fondamentali:

- tempi di approvazione di PIS e PAL: chiarire se viene confermato il termine di 120 giorni dall'approvazione del PISSR da parte del Consiglio Regionale come limite per l'approvazione dei PIS o se si prevede un altro cronoprogramma che avvia l'elaborazione del PIS entro 120 giorni e ne prevede l'approvazione entro dicembre 2019;
- tempi e modalità dell'eventuale aggiornamento della Programmazione Operativa annuale per il 2019 (POA 2019);
- durata dei nuovi PIS così determinati, posto che la l.r. 40/2005 ss.mm.ii. prevede che gli strumenti di programmazione locale hanno lo stesso riferimento temporale del PISSR e quindi scadenza 2020;

3. LA SOCIETA' DELLA SALUTE E LA ZONA DISTRETTO

L'integrazione istituzionale è un principio fondamentale di governance: Regione ed Enti locali devono assicurare in modo unitario e integrato la funzione di governo del sistema. Si rende perciò necessario promuovere l'esercizio associato delle funzioni sociali e sociosanitarie degli Enti locali in ambito di Zona Distretto, da realizzarsi o tramite la Società della Salute o con la Convenzione per l'integrazione socio sanitaria, al fine di superare il residuo grado di frammentazione e dispersione delle funzioni su più Enti e di potenziare gli strumenti istituzionali, professionali, organizzativi per l'integrazione delle politiche sociali e sanitarie, anche in attuazione della L.R. 40/2005.

CONFERENZA DEI SINDACI

Azienda Usl Toscana Centro

Per raggiungere lo scopo dichiarato dal PISSR 2018-2020 di superare il concetto oramai obsoleto di continuità ospedale – territorio si rende necessario prevedere strumenti per attuare un rafforzamento reale della Zona Distretto / Società della Salute, quale snodo strategico e punto nevralgico dell'integrazione sanitaria, sociale e socio-sanitaria, divenuto ancora più impellente a seguito della riforma sanitaria regionale del 2015 e dell'unificazione delle Aziende Usl.

Come previsto dalla normativa regionale, la Zona Distretto è l'ambito territoriale ottimale di valutazione dei bisogni sanitari e sociali delle comunità, nonché di organizzazione ed erogazione dei servizi inerenti alle reti territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate. Nell'ambito territoriale della zona-distretto l'integrazione socio-sanitaria è realizzata attraverso la Società della Salute (artt. 71 bis ss) ovvero mediante la convenzione socio-sanitaria (art. 70 bis).

La Zona Distretto / Società della Salute costituisce, quindi, l'ambito territoriale che orienta su un bacino specifico di popolazione la lettura dei bisogni e delle risorse e la programmazione degli interventi, ed è al tempo stesso l'attore istituzionale "composito" e complesso costituito dagli Enti locali associati nell'esercizio delle funzioni sociali e socio-sanitarie e dall'Azienda Usl nella sua articolazione territoriale. È la sede della regolazione, programmazione, verifica e realizzazione del sistema dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari territoriali. Ha l'obiettivo di coniugare le specificità locali con un governo delle politiche efficace e che ottimizzi le risorse. Tutti i nodi della rete istituzionale e dei servizi devono fare perno sulla Zona Distretto / Società della Salute proprio per realizzare adeguatezza gestionale e qualità ed integrazione dei servizi.

Nell'Azienda Usl Toscana Centro, in sette zone su otto sono costituite Società della Salute, una di queste ha preso vita dalla fusione per incorporazione conseguente all'unificazione zonale determinata dalla l.r. 11/2017 mentre la Zona Distretto Sud Est ha stipulato con la Asl la convenzione per l'integrazione socio-sanitaria ex art. 70 bis.

Per effetto della modalità con cui il modello SdS ha preso vita in Toscana, le sette realtà consortili differiscono molto una dall'altra, sia dal punto di vista gestionale che organizzativo, ma si sono caratterizzate negli ultimi anni, a seguito dell'unificazione delle aziende sanitarie, per una forte collaborazione e confronto continuo fra loro, compresa anche l'unica Zona Distretto priva di SdS. Nonostante le diversità la forte collaborazione ha permesso di lavorare su punti di convergenza e profili di armonizzazione dei territori.

Questa modalità di lavoro ha determinato, anche in sede di Conferenza dei Sindaci, una maggiore consapevolezza della realtà e una forte spinta alla collaborazione tra territori che tuttavia non può prescindere dal rispetto della specificità locale che costituisce una ricchezza e che deve mantenere un forte valore nella programmazione.

In questa ottica si rilevano i seguenti punti:

a) Tempi e modalità della gestione diretta delle SdS

La Società della Salute è uno strumento gestionale importantissimo, la cui organizzazione e modalità di gestione, come sopra descritto, si differenzia in base al contesto territoriale.

La Conferenza dei Sindaci dell'Azienda Usl Toscana Centro condivide la scelta di prevedere la gestione diretta da parte della SDS, e ritiene opportuno salvaguardare, per quanto possibile, il principio di autonomia delle singole realtà consortili con riferimento alle modalità con cui arrivare a tale obiettivo.

Resta fermo che per realizzare una gestione diretta efficiente ed efficace è necessario che la Regione Toscana stabilisca con chiarezza chi fa cosa e con quali fondi.

a) Finanziamento e personale

Dal punto di vista delle fonti di finanziamento, il sistema dei servizi sociali e socio-sanitari è sostenuto da un mix di risorse, di provenienza statale, regionale, comunale e comunitaria, oltre che dalla compartecipazione degli utenti (ove previsto); l'insieme dei flussi viene armonizzato e finalizzato prevalentemente dal livello di

CONFERENZA DEI SINDACI

Azienda UsI Toscana Centro

governo di Zona Distretto / Società della Salute, in qualche caso, in carenza di gestione associata dei servizi socioassistenziali, a livello di singolo Ente locale.

A seguito dell'intreccio, non sempre semplice, di questi finanziamenti, la Zona Distretto / Società della Salute governa con la maggior parte delle risorse l'erogazione di servizi e interventi.

Per realizzare la vera integrazione occorre armonizzare il bilancio comunale (fonte socio-assistenziale), il bilancio della SdS e il budget di zona distretto (fonte socio-sanitaria e sanitaria) attraverso un budget unico.

La Cronicità è un tema centrale del nuovo PISSR e la continuità ospedale territorio viene ritenuta un concetto superato. E' importante tuttavia definire se le risorse per permettere al territorio di fare questo salto di qualità nella presa in carico della cronicità verranno assegnate al budget di Zona Distretto o a quello dell'Ospedale. Per realizzare l'intento e permettere nuovi modelli di cure è necessario dotare la zona distretto di un budget economico e di risorse umane che lo renda attuabile e tale da supportare efficacemente l'appropriatezza delle cure ospedaliere.

Le risorse umane e la modalità della gestione del personale assegnato alla SdS diventa, con la previsione della gestione diretta, una questione centrale. Si rende pertanto opportuno definire in modo chiaro il modello standard di organizzazione a matrice tra zona e dipartimenti, per il quale il PISSR rinvia ad uno specifico atto regionale (pag 150 del PISSR), ma del quale sarebbe opportuno specificare già nel piano stesso i principi cardine.

Al paragrafo 4 a pagina 153 del PISSR, infatti, stabilisce che la SdS assicura la gestione diretta e *“provvede tramite le proprie strutture organizzative all'intero ciclo di organizzazione, produzione ed erogazione del complesso dei servizi, delle prestazioni e delle attività...”*, tuttavia non tutte le SdS sono dotate di *“proprie strutture organizzative”* e si avvalgono quasi totalmente di personale degli enti consorziati, con modalità varie.

b) Organizzazione territorio e Case della Salute

Si rende necessario far nascere e sviluppare strumenti nuovi di prossimità e di integrazione dei servizi sanitari e sociali. Questo obiettivo assume particolare rilevanza nell'area della assistenza territoriale sia sanitaria che sociale per l'utenza che si connota come portatrice di bisogni sanitari e sociali inscindibilmente legati tra loro, per l'utenza che alle caratteristiche socio-sanitarie associa la previsione di lunga-assistenza e per la popolazione che ha bisogno di prestazioni socio sanitarie ad alta integrazione.

Le Case della Salute in quanto fautrici di un modello integrato e multidisciplinare di intervento rappresentano un driver fondamentale dell'integrazione sociale e sanitaria, e possono essere sedi di sperimentazione di livelli di integrazione socio-sanitaria, sulla base delle scelte della programmazione locale. Promuovono la medicina di iniziativa e la prevenzione sociale e sanitaria, valorizzano il ruolo dei MMG, dei PLS e delle professioni sanitarie e sociali, sollecitano un ruolo proattivo dell'utenza e della società civile.

Le Case della Salute si pongono come un punto di riferimento rivolto ai cittadini per l'accesso alle cure primarie, un luogo in cui si concretizza l'accoglienza e l'orientamento ai servizi, la continuità dell'assistenza, la gestione delle patologie croniche, l'integrazione con i servizi sociali ed il completamento dei principali percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali.

E' necessario che il Piano persegua lo sviluppo delle Case della Salute e\o dei modelli organizzativi e culturali che le caratterizzano con l'obiettivo tendenziale di dare piena copertura a tutto il territorio regionale. Obiettivo fondamentale è quello di perseguire il metodo della co-costruzione di un progetto di cura e di vita personalizzato sia per gli adulti che per i bambini e i giovani, attraverso lo strumento dell'unità di valutazione multidimensionale tra servizi sociali e sanitari. Tale progetto dovrà nascere in condivisione con la persona e con la sua famiglia rispetto agli obiettivi, alle azioni e agli impegni reciproci e sarà comunque finalizzato al perseguimento del diritto costituzionale alla salute ed in generale dei diritti sociali.

c) Sistema informativo

Il sistema informativo dei servizi territoriali, sia sanitario che sociosanitario che socio-assistenziale deve essere aggiornato e implementato, per consentire una migliore programmazione – supportata da

CONFERENZA DEI SINDACI

Azienda UsI Toscana Centro

indicatori sullo stato di salute e sui servizi – e un monitoraggio in tempo reale delle azioni da implementare. Uno strumento di questo tipo dovrebbe consentire, dal livello regionale fino a quello zonale e comunale, una lettura complessa dei bisogni di salute della popolazione e, al contempo, di avere a disposizione un framework in grado di fornire informazioni dettagliate, p.e., sull’offerta di servizi e strutture e sull’utenza. A tale scopo è fondamentale garantire l’integrazione con i sistemi informativi dei servizi sociali comunali, poiché solo attraverso un’unica piattaforma si può consentire un migliore benchmarking, anche a livello regionale.

4. LOTTA A ESCLUSIONE, POVERTA’ E MARGINALITA’ ESTREMA

Ogni territorio negli ultimi anni ha messo in campo progetti sperimentali o azioni di tamponamento rispetto alla crescita della povertà assoluta e della marginalità estrema, (per quanto la Toscana risulti essere in una situazione certamente migliore rispetto ad altre regioni) accanto ad un notevole aumento delle disuguaglianze con il relativo corollario di aumento delle persone e delle famiglie esposte a fenomeni di esclusione sociale e di ripetizione delle “carriere di povertà”.

A fronte di un tessuto di interventi e progetti, che nascono dalla partnership tra enti pubblici e soggetti del tessuto sociale e dagli enti del terzo settore di cui i nostri territori sono ricchi, la definizione delle misure legate al Sostegno all’Inclusione Attiva, prima in maniera sperimentale, e infine del Reddito di Inclusione (REI) hanno aggiunto dinamiche e risorse che tendono a costruire delle “infrastrutture territoriali di servizio” che richiedono dunque una forte attenzione non solo in sede di progettazione, ma ancora di più nell’attività di programmazione che colga e indirizzi questo nuovo modo di concepire i servizi, di far lavorare il personale e di costruire relazioni con gli utenti.

Particolare cura dovrà essere posta nella personalizzazione delle proposte e nella fase di accompagnamento, al fine di contrastare l’estrema disparità che spesso caratterizza le persone con fragilità, agendo dunque in maniera sostanziale anche sulle disuguaglianze di salute.

Il Reddito di Inclusione ha natura di Livello Essenziale delle Prestazioni nei due aspetti di trasferimento di risorse ai beneficiari e di strutturazione del modello e del percorso di accesso e presa in carico centrato sulle multidimensionalità e la multiprofessionalità.

Riteniamo importante che il PISSR valorizzi e faciliti il consolidamento della equipe multi-professionali, previste dalle linee guide connesse al REI (composte da personale del settore sanitario, sociale, del lavoro, della formazione, delle politiche abitative, educative e scolastiche a seconda dell’appropriatezza delle risposte sulla base dei bisogni rilevati) chiamate a lavorare insieme, a prendere in carico e a rispondere con servizi integrati e progetti condivisi. Gli operatori, delle Ausl, dei Servizi dei Comuni e delle SdS (e in particolare dei servizi sociali) e dei Centri per l’impiego dovranno essere in grado di farsi carico delle domande di servizio e, ancora più importante, di costruire percorsi di reinserimento sociale o lavorativo a misura del cittadino-beneficiario, tenendo conto della centralità dell’attivazione di programmi rivolti ai minori coinvolti, rispetto ai quali è cruciale un precoce intervento per l’interruzione di dinamiche di esclusione sociale.

Nel necessario dialogo tra servizi e beneficiari, che si impegnano tramite un patto che vede diritti e doveri reciproci ad accettare le proposte di formazione e inclusione proposte, è necessario che il PISSR promuova la formalizzazione di prassi e procedure condivise atte a consolidare le necessarie integrazioni.

Le zone, peraltro, anche attraverso un notevole impegno progettuale, stanno usufruendo di risorse provenienti dal Fondo Sociale Europeo (PON Avviso 3) cui si aggiungono ulteriori risorse già stanziare in finanziaria, prioritariamente dirette al consolidamento dei servizi territoriali, trasferite alle zone attraverso un Piano Regionale Povertà, come da norma, che necessariamente dovrà comporsi con gli obiettivi del PISSR.

Uno specifico accenno dovrà essere dato alla promozione di programmi sulla marginalità estrema, con particolare attenzione alle persone senza dimora e ai programmi promossi nelle principali città Toscane su impulso dei programmi nazionali e delle risorse del PON Avviso 4 che indicano direzioni di intervento fortemente improntate all’uscita dalla “cronicità” della condizione di marginalità

CONFERENZA DEI SINDACI

Azienda Us1 Toscana Centro

L'efficacia delle risorse che saranno impiegate sarà direttamente proporzionale all'integrazione fra diversi programmi ed alla stabile e fondante governance delle risorse territoriali che dovranno trovare elementi formali e sostanziali di connessione e regia all'interno del PISSR.

5. EMERGENZA URGENZA SOCIALE

Dal dicembre 2017 le Amministrazioni comunali delle Società della Salute di Empoli Valdarno e Valdelsa, della Valdinievole, di Pistoia, di Prato, della Fiorentina Nord Ovest e della zona socio-sanitaria della Fiorentina Sud Est hanno avviato la sperimentazione del servizio per l'emergenza urgenza sociale (SEUS), il cui modello organizzativo è stato poi definito con Delibera del Direttore Generale dell'Azienda USL Toscana Centro n. 613/2018.

Il progetto SEUS costituisce la traduzione operativa di un livello essenziale dei servizi sociali fino ad oggi garantito dalle Amministrazioni in modo non organico e strutturato, configurandosi come servizio a vocazione universalistica, con capacità di intervenire prontamente per aiutare cittadini in grave difficoltà, di fronte a bisogni primari e non differibili (violenza e procedure "codice rosa", abbandono e assenza di reti familiari, episodi di grave conflittualità intra-familiare, maltrattamento e abuso di minori), 24 ore su 24 e 365 giorni su 365, raggiungibile immediatamente attraverso un unico numero verde da parte di Soggetti Istituzionali Segnalanti (Amministrazioni Comunali, Servizi sociali, Forze dell'ordine e Pronto Soccorso). Si tratta, quindi, di un servizio di secondo livello sussidiario alla presa in carico globale delle persone, in particolare di quelle più fragili e a rischio di marginalizzazione. Un livello di intervento che intercetta quella tipologia di bisogni sempre più espressi in "acuto" offrendo una rete necessaria, pronta e immediatamente disponibile, sicura e protettiva di supporto ad ogni progetto di aiuto a medio-lungo termine, prevedendo la continuità con la presa in carico del territorio.

In questa logica la sperimentazione del SEUS in 6 Zone Distretto / Società della Salute dell'Azienda Us1 Toscana Centro può costituire un importante contributo per lo scenario regionale.

6. LISTE DI ATTESA

Il problema dei lunghi tempi di attesa per le principali prestazioni di diagnostica e per le prestazioni ambulatoriali e chirurgiche è presente in tutti gli Stati dove esiste un sistema sanitario universalistico che offre un livello di assistenza avanzato; è tra le criticità alle quali i cittadini prestano la maggiore attenzione perché incide sul loro diritto all'erogazione delle prestazioni definite nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Il peggioramento dei tempi di attesa impatta anche sul giudizio negativo della cittadinanza sulla riforma sanitaria toscana, poiché viene letto come disservizio dovuto alle scelte organizzative regionali, nonché sull'azione dei Sindaci, che seppur poco potere hanno su questi processi, sono riconosciuti dai cittadini come l'autorità sanitaria locale.

L'abbattimento dei tempi di attesa deve quindi rappresentare un obiettivo comune con la Regione e con le Asl, consapevoli che non esistono soluzioni semplici e univoche, che occorrono azioni complesse e articolate, compresa la promozione del principio di appropriatezza nelle sue due dimensioni clinica ed organizzativa, ma che si tratta di un argomento prioritario da affrontare in maniera condivisa.

A questo proposito pare opportuno richiamare la Delibera CR 24/09/2003 n. 155 della Regione Toscana "Atto di indirizzo regionale per l'avvio della sperimentazione delle società della Salute" con la quale si attribuivano competenze specifiche alla SdS sul governo delle liste di attesa.

7. SALUTE MENTALE E SERD

Salute Mentale e Dipendenze sono ambiti trasversali a tutti i target della popolazione, oggetto di forte e complessa integrazione socio sanitaria, spesso collegati a situazioni di povertà, degrado e marginalità estrema, oltre ad una morbilità e mortalità maggiore.

CONFERENZA DEI SINDACI

Azienda Us1 Toscana Centro

Si tratta dei perni dell'alta integrazione socio-sanitaria nei suoi aspetti più complessi, per i quali si rende opportuno sperimentare nuove forme di integrazione con i servizi socio-assistenziali, in modo da creare una riposta più efficace e più efficiente sul territorio.

Su queste materie il PISSR resta molto alto e si limita a citare il tema della salute mentale e delle dipendenze solo relativamente ad alcuni target di popolazione (pag. 70 bambini, pag. 78 giovani, pag. 131 persone detenute negli istituti penitenziari, pag. 144 le nuove dipendenze).

Una carenza su un tema così centrale e importante, anche per le ricadute sugli enti locali, rischia di indebolire la struttura del Piano stesso.

8. CRONICITA'

Collegato alla cronicità, che rappresenta uno dei temi centrali del nuovo PISSR, si rileva la necessità di intervenire sulla programmazione dell'offerta residenziale delle residenze sanitarie assistite promuovendone la qualificazione, sia per prevenire i ricoveri ospedalieri spesso ripetuti, sia per supportare le dimissioni nella grave non autosufficienza. E' necessario, inoltre, intervenire sulle liste di attesa, sull'appropriatezza dell'accesso e sulla differenziazione dell'offerta nella gamma delle possibilità, comprese le cure intermedie.

9. DISABILITA'

Il paragrafo sul target G dedicato alle persone con disabilità richiama i principali obiettivi e riferimenti normativi che caratterizzano il settore specifico, compreso il finanziamento POR FSE 2014/20, ma non fa cenno alla DGRT 1449/2017 che prevede un cambiamento radicale nella presa in carico delle persone disabili e una attuazione in due anni. Sulla base delle previsioni della suddetta delibera stanno partendo gruppi di lavoro regionali, che coinvolgono i professionisti del territorio.

Riteniamo fondamentale chiarire il significato pratico del mancato riferimento a questo percorso nel PISSR, posto il forte impegno organizzativo e professionale del territorio che la delibera 1449 prevede nei prossimi anni e la ricaduta sui servizi.

10. VIOLENZA DI GENERE

Sui territori si sono, nel tempo, costituite e rafforzate reti territoriali di contrasto alla violenza di genere composte da attori istituzionali e del Terzo Settore (i Centri antiviolenza, in primis) che lavorano in maniera sinergica per offrire alle donne vittime di violenza un percorso di accompagnamento all'autonomia, a partire dalla fase di emergenza sino alla presa in carico complessa dei bisogni della donna e degli eventuali figli minori che costituiscono il nucleo familiare.

Per favorire il necessario collegamento tra il pronto soccorso, i servizi territoriali e la rete dei centri antiviolenza va richiamata e sostenuta l'attività del Gruppo di Lavoro – costituito all'interno del Comitato di Coordinamento regionale sulla violenza di genere – avente come obiettivo quello dell'individuazione delle modalità condivise di collegamento dalla dimissione della donna dal pronto soccorso ai servizi territoriali.

Si rende inoltre necessario programmare, a seguito della presa in carico, percorsi di inclusione abitativa e lavorativa delle donne vittime di violenza.

11. INTEGRAZIONE CON LE POLITICHE ABITATIVE

L'aumento dell'incidenza dei costi per la casa sul reddito delle persone e la contestuale diminuzione delle capacità di spesa delle famiglie hanno determinato una crescita diffusa del disagio abitativo anche nella nostra Regione. Questo trend è testimoniato dall'andamento di diversi indicatori negli ultimi anni, tra cui aumento degli sfratti, dei pignoramenti e delle domande inserite nelle graduatorie comunali Erp. Di fronte alla precarizzazione del lavoro e allo sfilacciamento delle reti familiari, l'abitazione rimane un ultimo baluardo a garanzia di un'esistenza dignitosa, e qualora questa venga meno (a causa di sfratti, pignoramenti etc.), si assiste a uno scivolamento inevitabile dei nuclei familiari in un'area di esclusione sociale. In questo contesto, che potremmo definire di povertà abitativa, è dunque necessario rispondere al bisogno di casa come obiettivo di welfare urbano, nel quale il sistema dell'edilizia sociale sia integrato con i

CONFERENZA DEI SINDACI

Azienda Us1 Toscana Centro

servizi urbani, a garanzia di chi una abitazione non ce l'ha, oltre che di quel numero crescente di nuclei familiari in situazioni abitative precarie (la cosiddetta "zona grigia").

Appare opportuno rafforzare l'integrazione tra politiche abitative e politiche sociali e socio-sanitarie, anche in considerazione del fatto che i principali supporti presenti nell'ambito delle politiche abitative (edilizia popolare, contributi affitto, ...) rappresentano degli strumenti fondamentali per prevenire e contrastare una delle facce – quella abitativa – del variegato prisma della povertà.

12. ZONE MONTANE

In coerenza con quanto previsto dal paragrafo del Target L dedicato alle popolazioni residenti nei territori difficili, si richiede una maggior attenzione alle zone montane tale da facilitare i percorsi di presa in carico e superare le problematiche dovute a mancanza di specialisti in loco, alla maggior complessità di intervento per i servizi di emergenza urgenza, all'attrazione di servizi di confine.

Si chiede inoltre di prendere in considerazione il documento che il Sindaco di San Marcello Piteglio, in accordo con gli altri Sindaci dei Comuni montani sede di Ospedale, sta elaborando in questo stesso momento.

13. MEDICINA DELLO SPORT

Riteniamo opportuno dare maggiore enfasi, nella programmazione regionale, alla medicina dello sport e alla sua importanza come medicina preventiva per le fasce deboli, nell'ambito della complessiva attività dedicata alla prevenzione.

14. TERZO SETTORE

La Conferenza sottolinea la condivisione delle finalità tra i livelli istituzionali e il terzo settore, come previsto dalla legge 106/2016 "Riforma del Terzo settore", e afferma la volontà di implementare la collaborazione sussidiaria tra Enti pubblici e le agenzie territoriali per la partecipazione alla lettura dei bisogni, la definizione degli obiettivi, la programmazione degli interventi, l'individuazione delle risorse a tal fine necessarie, al fine di giungere ad una progettazione comune ed alla realizzazione di concreti interventi.