



IL PNRR E LE POLITICHE LOCALI PER LA COESIONE SOCIALE E L'INCLUSIONE DELLE PERSONE FRAGILI (anziani, disabili, marginalità estreme)

giugno 2021

Sommario. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) offre spazi e opportunità molto significative per politiche locali innovative nell'area dell'inclusione delle persone fragili (anziani, disabili, marginalità estreme). I numerosi progetti sperimentali avviati a Verona negli scorsi anni, spesso con finanziamenti ad hoc degli Enti benefici (Fondazioni od altro), possono diventare un riferimento per i nuovi standard del sistema di welfare locale.

Perché ciò avvenga occorre in primo luogo che le politiche nazionali incontrino, **a livello locale**, iniziative e orientamenti che implementino gli interventi generali, facendo in modo di ottenere il massimo di efficacia possibile: se non si verifica questo incontro tra livello nazionale e locale, si produrrà la solita situazione che vede un paese a macchia di leopardo su tutti i livelli di servizio pubblico. **Anche rispetto al PNRR** e alle consistenti risorse che sono previste per gli interventi finalizzati all'inclusione sociale, se gli indirizzi nazionali non si incontrano con coalizioni territoriali che formulano proposte corrispondenti ai problemi locali e alle possibilità/capacità di realizzazione, **il rischio che non venga presidiato "l'ultimo miglio"** è rilevantissimo e con esso il parziale fallimento degli interventi, almeno rispetto agli obiettivi ambiziosi che sono enunciati.

Molti progetti in questi ambiti sono già stati realizzati anche a Verona dai soggetti che fanno riferimento alle reti di ADOA e Osservatorio (oltre che da altri) e potrebbero essere ripresentati **"chiavi in mano"**, con risultati garantiti in termini di tempestività, qualità ed efficacia.

ADOA e Osservatorio sulle disuguaglianze propongono questo documento per alimentare la discussione pubblica locale sul PNRR, orientandola nella direzione di contrastare le disuguaglianze che la pandemia ha certamente visto aumentare.

I soggetti proponenti

ADOA è l'**Associazione Diocesana delle Opere Assistenziali**, un network composto da 38 soggetti, che svolgono attività diversificate nel settore educativo, sanitario, sociale e sociosanitario per la cura della fragilità: cura della diversa abilità fisica o psichica, servizi per anziani non autosufficienti, attività caritative o di utilità sociale (distribuzione alimenti, cura dei senzatetto, prevenzione e contrasto al fenomeno dell'usura, trasporto sociale ecc.). Le diverse realtà aderenti ad ADOA complessivamente hanno 29.600 assistiti in varia forma (servizi ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali, domiciliari, ecc.), 4.300 dipendenti e circa 4.200 volontari.

Dal punto di vista istituzionale, le storie degli enti associati ad ADOA sono ricche e diversificate: alcuni enti sono nati nel XIX secolo, grazie all'azione sociale di religiosi che nutrivano il desiderio di migliorare la condizione di vita delle persone più fragili all'interno della loro comunità, altre sono state costituite in tempi relativamente più recenti, di pari passo con i bisogni sociali manifestati sui territori e con le novità normative che hanno interessato il settore dei servizi alla persona. La rete

ADOA, quindi, è caratterizzata da una biodiversità storico-morfologica e da una comune ispirazione etica. La cura delle fragilità può essere considerata senza dubbio un bene pubblico; tuttavia, non è possibile cogliere appieno la complessità dell'attività svolta dalle organizzazioni che si occupano di fragilità senza comprendere la loro ontologica attitudine a produrre beni relazionali, intesi quale oggetto di scambi complessi, dove la relazione interpersonale tra i soggetti è causale e non già causata da una transazione economica. La dimensione relazionale dell'agire economico è fondativa e il capitale relazionale che viene "prodotto" diviene risorsa fondamentale per la sostenibilità aziendale, che permette di generare durevolmente valore sociale ed economico.

L'Associazione **Osservatorio sulle disuguaglianze a Verona** si è costituita all'inizio del 2020 ed è una rete tra organizzazioni sindacali CGIL, CISL, UIL, Centro Servizi Volontariato, soggetti del Terzo Settore come Energie Sociali e Auser, Cestim e organismi di formazione come ENGIM/Scaligera formazione. Intende promuovere approfondimenti, azioni di sensibilizzazione e progetti operativi sui temi delle disuguaglianze. Con lo scoppio della pandemia ha concentrato la sua riflessione e iniziativa sugli effetti sociali del Covid-19 e le politiche necessarie per contrastare le disuguaglianze generate dall'emergenza sanitaria.

ADOA e Osservatorio hanno trovato una convergenza di analisi e di prospettiva sugli effetti della pandemia sulle fasce di popolazione più fragili e sulle misure da proporre, e propongono alla città, alle istituzioni locali, alle organizzazioni del Terzo Settore il risultato di questo lavoro, con l'obiettivo di avviare una fase di progettazione operativa.

Il PNRR e le politiche di inclusione

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), come abbiamo detto, offre spazi e opportunità molto significative per politiche locali innovative nell'area dell'inclusione delle persone fragili (anziani, disabili, marginalità estreme), più corrispondenti ai bisogni emergenti delle persone e delle famiglie interessate. I numerosi progetti sperimentali avviati negli scorsi anni, spesso con finanziamenti ad hoc degli Enti benefici (Fondazioni od altro), possono diventare un riferimento per i nuovi standard del sistema di welfare locale.

Perché ciò avvenga occorre in primo luogo che le politiche nazionali (a partire dalla riforma promessa entro fine legislatura degli interventi per la non autosufficienza e dalla legge sulla disabilità) incontrino, **a livello locale**, iniziative e orientamenti che implementino gli interventi generali, facendo in modo di ottenere il massimo di efficacia possibile: se non si verifica questo incontro tra livello nazionale e locale, si produrrà la solita situazione che vede un paese a macchia di leopardo su tutti i livelli di servizio pubblico. **Anche rispetto al PNRR** e alle consistenti risorse che sono previste per gli interventi finalizzati all'inclusione sociale, se gli indirizzi nazionali non si incontrano con coalizioni territoriali che formulano proposte corrispondenti ai problemi locali e alle possibilità/capacità di realizzazione, il **rischio che non venga presidiato "l'ultimo miglio"** è rilevantissimo e con esso il parziale fallimento degli interventi, almeno rispetto agli obiettivi ambiziosi che sono enunciati.

In secondo luogo è necessario che venga ipotizzata fin da ora la **sostenibilità futura delle misure adottate**: il PNRR finanzia (in tutto o in parte) l'avvio delle nuove misure, in particolare gli interventi in strutture e investimenti, ma in futuro le realizzazioni dovranno essere sostenute dalle risorse nazionali e locali.

Le politiche locali per anziani e disabili oggi

Durante la pandemia si è parlato molto di case di riposo e di RSA, spesso limitandosi ad affermare che occorre “semplicemente” rafforzare l’assistenza domiciliare per ridurre (se non azzerare) l’accoglienza degli anziani in strutture residenziali dedicate. In realtà già oggi il sistema dei servizi (a Verona e non solo) è molto articolato e soprattutto **i segmenti di domanda di assistenza e di accoglienza sono molto diversificati.**

E’ cresciuta negli anni in quelle che un tempo erano chiamate “case di riposo” l’accoglienza di anziani, spesso **cronici**, che il sistema ospedaliero, ormai dedicato esclusivamente agli acuti, tende a dimettere il più presto possibile: si tratta di un’assistenza nella quale la componente sanitaria è diventata via via più rilevante. Nelle Case di Riposo / RSA c’è oggi un numero consistente di anziani **non autosufficienti** (spesso gravi) che le famiglie non riescono ad assistere a domicilio, nemmeno con il supporto di badanti o dell’assistenza domiciliare.

L’accoglienza di anziani **parzialmente autosufficienti** è andata diminuendo, anche per ragioni di costo e per la possibilità, almeno fino ad un certo punto, di rimanere nella propria casa, spesso in proprietà.

Il sistema dei servizi non sempre riesce a dare risposte agli **anziani fragili** che non sono più in grado di gestire la propria vita familiare senza aiuto esterno, al fine di consentire loro di rimanere al proprio domicilio: i costi e la rigidità dell’organizzazione dei servizi ha prodotto quel peculiare fenomeno del welfare all’italiana che sono le badanti.

Le Case di Riposo / RSA che si sono trasformate gradualmente in veri e propri **Centri di servizi** per gli anziani e hanno ampliato il proprio sistema di offerta per rispondere alla gamma dei bisogni di anziani e famiglie, ma in molti casi si tratta di progetti sperimentali, anche di qualità elevata, ma che riguardano numeri di utenti molto limitati a causa della carenza di fondi pubblici strutturali. Ciò comporta che per accedere ai servizi gli assistiti debbono pagare le prestazioni ricevute, poiché non ne è prevista l’erogazione a carico del SSN o degli Enti locali, con risultati molto negativi in termini di equità sociale.

L’attuazione del PNRR deve essere l’occasione per rigenerare la progettazione e l’erogazione del sistema di offerta, ma soprattutto per far convergere fondi strutturali su processi di supporto che erogano servizi al cittadino co-programmati e co-progettati in sinergia tra il pubblico ed un privato sociale non profit radicato sul territorio e che conosce a fondo le comunità di riferimento. Occorre superare il modello di welfare performativo verso la costruzione di un welfare di comunità e approdare ad un approccio per case-manager qualificati e dentro un sistema di relazioni istituzionali tali da consentire una forte integrazione tra le diverse componenti, sia per ragioni di efficienza (controllo dei costi), che di qualità dei servizi stessi.

E’ inoltre necessario che siano destinate maggiori risorse economiche per la ricerca, la formazione ed il trattamento economico equo del personale necessario alla realizzazione di tutti i servizi di sostegno alla fragilità a partire dalle cd “badanti”, operatori socio sanitari, infermieri, medici. Ci auguriamo che grazie al PNRR e al collegamento europeo possa essere reso meno traumatico il percorso di equipollenza dei titoli di studio delle figure di base - OSS e infermieri - dei servizi di cui qui stiamo discutendo. In generale, occorre rendere appetibili per i giovani, anche provenienti da altri stati, le professioni di cura (e anche per gli adulti che dovessero rimanere senza lavoro in altri settori).

IL PNRR, gli anziani e gli adulti diversamente abili: interventi a livello locale

La Missione 5 del PNRR prevede un investimento consistente a “**sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell’istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti**”, ed in particolare da un lato interventi per una vita autonoma e per la deistituzionalizzazione delle persone anziane, in particolare non autosufficienti; dall’altro interventi per rafforzare i servizi sociali a domicilio per garantire la dimissione anticipata e prevenire il ricovero in ospedale. La linea di attività più corposa del progetto è finalizzata a finanziare la riconversione delle RSA e delle case di riposo per gli anziani in gruppi di appartamenti autonomi, dotati delle attrezzature necessarie e dei servizi attualmente presenti nel contesto istituzionalizzato. Gli ambiti territoriali potranno anche proporre progetti ancora più diffusi, con la creazione di reti che servano gruppi di appartamenti, assicurando loro i servizi necessari alla permanenza in sicurezza della persona anziana sul proprio territorio, a partire dai servizi domiciliari (dai pasti a domicilio, all’assistenza domiciliare, dalla gestione delle attrezzature necessarie per una domiciliarità protesica e sicura, alla garanzia di monitoraggio dello stato di salute e del miglioramento delle abitudini di vita attraverso l’uso della telemedicina).

Va comunque sottolineato che la riforma dell’intero Sistema di sostegno/accoglienza delle persone fragili dovrà fondarsi sul principio della continuità dei servizi, vale a dire la capacità dei servizi di trasformarsi e di modellarsi per rispondere in modo adeguato alle necessità della persona che cambiano con l’avanzare degli anni e della condizione di autosufficienza.

Il servizio domiciliare è fondamentale per vicariare la persona anziana/disabile nel suo domicilio, coinvolgendone la famiglia, il vicinato, il suo intorno e la comunità, fino a che queste altre realtà fanno parte del suo intorno e fino a che le condizioni di non autosufficienza possano garantire una vita in sicurezza e dignità anche a casa in tutte le 24 ore della giornata.

Questo semplice esempio solo per ribadire che tutte le forme di servizio hanno necessità di esistere: domiciliare, abitare leggero, strutture protesiche per le persone con demenza, centri diurni di socializzazione, di cura e riabilitazione, case di riposo/RSA per anziani/disabili NA, strutture intermedie tra ospedale e territorio per le persone NA che richiedono alte prestazioni sanitarie (a meno che l’ospedale non si assuma anche questa attività che sta delegando da anni al territorio).

Fondamentale è che la persona non sia continuamente “sbalottata” da un’unità di offerta all’altra al trascorrere del tempo o all’aggravarsi della sua situazione di salute, ma che sia il sistema di welfare e di cura a rimodularsi intorno alla persona all’evolversi dei propri bisogni, magari valorizzando il mantenimento della propria domiciliarità e delle relazioni con la comunità di riferimento.

Gli Enti veronesi, aderenti ad ADOA, ma anche altri, hanno **già sperimentato diverse azioni corrispondenti ai contenuti espressi nel PNRR.**

In particolare da anni sono presenti esperienze di “**abitare leggero e protesico**”, vale a dire gruppi di appartamenti, a volte collegati con un Centro Servizi per anziani, costruiti in modo duttile per accogliere persone non autonome, spesso dotati di tutte le innovazioni domotiche utili per facilitare la vita dei residenti. In certi casi queste esperienze nascono da un adeguamento architettonico e strutturale di parti dei Centri Servizi, altre sono legate a ristrutturazioni di complessi che avevano in precedenza una diversa destinazione. Sul territorio veronese vi sono numerose e significative esperienze di co-housing e di appartamenti/nuclei di piccole dimensioni per l’accoglienza delle persone con disturbi del comportamento nelle prime fasi della demenza.

Alcuni Centri Servizi hanno anche realizzato un **adeguamento architettonico e strutturale** di parti delle strutture per la migliore accoglienza delle persone con demenza.

Sono numerose e consolidate le esperienze di **collegamento tra residenzialità e servizio domiciliare**, con attività che garantiscono alle persone che iniziano a vivere condizioni di fragilità e non piena autosufficienza di permanere presso il proprio domicilio con un sistema di monitoraggio adeguato e un supporto di cura ed assistenza in grado di mantenere la persona presso il proprio contesto abitativo.

Ovviamente queste tipologie di intervento, per personalizzazione del servizio, delle attrezzature, della tecnologia, ma anche della imprescindibile multiprofessionalità, necessitano di investimenti strutturali significativi per trasformare progetti sperimentali in veri e propri servizi strutturali.

La creazione di reti assistenziali che coinvolgano il territorio a supporto non solo dell'età anziana ma anche degli adulti e dell'età evolutiva in condizioni di fragilità, consentono un impatto sociale e culturale di rigenerazione delle relazioni di cura intergenerazionale, economie di scala, opportunità lavorative nelle medesime comunità di provenienza con ricadute positive sulle dinamiche di sostenibilità economica e valorizzazione sociale di quel determinato territorio.

Molti di questi progetti sono già stati realizzati (potrebbero essere ripresentati "**chiavi in mano**"), altri sono semplici estensioni di realizzazioni già attuate e sperimentate sul territorio.

Le politiche per il contrasto alla grave marginalità adulta

Anche in quest'ambito è opportuno che il PNRR si colleghi a quanto realizzato negli anni più recenti nello sviluppo di una metodologia di lavoro che ha poi visto la realizzazione da parte del MLPS delle [Linee di indirizzo per il contrasto alla grave marginalità adulta](#). Dai principi e raccomandazioni delle Linee di indirizzo, realizzate nel 2015, sono derivati gli interventi di molti territori nel realizzare servizi innovativi, anche grazie ai fondi del **Pon Inclusione, POI FEAD e del Piano Povertà**, quota grave marginalità.

Nello sviluppare un piano di intervento che possa agire in maniera efficace sul fenomeno della homelessness, è importante avere chiari alcuni principi ispiratori che riconoscano nella persona senza dimora un soggetto portatore di diritti come il riconoscimento della dignità personale, della salute in senso bio-psico-sociale...

Partendo da tali presupposti una programmazione di interventi che pongano fine al fenomeno della homelessness dovrebbe svilupparsi tenendo conto di alcuni presupposti:

- soddisfare i **bisogni reali** delle persone vulnerabili;
- salvaguardare la **dignità** delle persone;
- guardare alla **persona nella sua centralità** per promuovere gradi di integrazione sociale ed economica sostenibili;
- promuovere **interventi precoci** e agganciati ai servizi cittadini per prevenire la early homelessness;
- **interrompere la cronicizzazione** della grave marginalità adulta;
- privilegiare **l'accoglienza diffusa e la domiciliarità**;
- passare dalla logica "dell'erogazione del servizio" alla **costruzione partecipata del percorso di inclusione**.

Entrando meglio nel dettaglio delle misure previste, rispetto la **Missione 5 – "Housing temporaneo e stazioni di posta"**, facendo riferimento a quanto realizzato sul piano nazionale con il metodo Housing first, che mostra sicuramente, dati alla mano, una grande efficacia nella presa in carico di persone senza dimora, nei loro percorsi di integrazione sociale e lavorativa, si ritiene opportuno pensare a prese in carico in cui i **percorsi abitativi debbano essere indipendenti da un limite rigido**

temporale e devono prevedere un coinvolgimento della comunità tutta. L'esperienza recente veronese di Via Corbella a Cadidavid ha visto lavorare insieme Comune, Caritas/Samaritano, Fondazione Pia Opera Ciccarelli. Si è trattato dell'accoglienza di persone senza dimora e malate. Ogni soggetto ha contribuito per una parte: il Comune ha fornito casa, utenze e pasti; Caritas ha garantito l'organizzazione anche del lavoro notturno ed il personale esperto nella relazione con queste persone; Pia Opera Ciccarelli ha messo a disposizione il personale socio-sanitario.

Sul coinvolgimento del **Centro per l'impiego**, per l'inserimento lavorativo di persone che vivono la condizione di senza dimora, è necessario pensare ad un impegno mirato, che tenga conto della fragilità multifattoriale della persona. Per questo è necessaria la presenza di figure professionali adeguate all'accompagnamento educativo, psicologico, di mediazione linguistica e culturale dei beneficiari piuttosto che il mero coinvolgimento dei citati servizi per l'impiego.

Per quanto attiene alla **Missione 6**, è di fondamentale importanza il tema dell'integrazione sanitaria con i servizi sociali per le aree concernenti la salute mentale, le tossicodipendenze e i percorsi di presa in carico post acuzie e dopo le dimissioni ospedaliere. Impensabile tenere ancora separate le due prospettive che insieme devono integrarsi in un processo complesso di presa in carico che tenga conto della complessità che una persona senza dimora porta nella sua esperienza di vita.

Infine, il percorso prefigurato dal PNRR non può essere affidato esclusivamente ad associazioni di volontariato, ma deve necessariamente coinvolgere la comunità tutta, valorizzando il ruolo fondamentale della Comunità nei processi di integrazione della persona fragile. Questo è possibile attraverso il rafforzamento del ruolo di tutto il terzo settore, così come stabilito dalle Linee guida sul rapporto tra pubbliche amministrazioni ed enti del terzo settore negli artt. 55-57 del D. Lgs. n.117/2017) (Codice del Terzo Settore) e nella logica di valorizzazione delle esperienze territoriali già sviluppate.

L'integrazione tra le diverse "missioni" del PNRR

Il PNRR auspica giustamente una integrazione tra gli interventi delle diverse "missioni", per aumentare la qualità degli interventi e il raggiungimento degli obiettivi attesi dal Piano.

Noi ne sottolineiamo in particolare due. Nella riprogettazione delle **politiche attive del lavoro** sarebbe necessario tener presente che il **"lavoro di cura"** vede già oggi consistenti *vacancies* destinate a crescere in futuro. Questo settore potrebbe rappresentare una positiva destinazione per una parte dei lavoratori in difficoltà occupazionale nel dopo-pandemia. Certamente sarebbe necessario un percorso di riconversione, che potrebbe utilizzare un'espansione del *sistema duale* a tale ambito, con uno standard formativo in parte semplificato rispetto agli attuali corsi per OSS: la Regione Veneto lo sta già sperimentando da questo anno (2021). E' necessario anche lavorare per un CCNL unico per tutte le figure professionali di cura – in particolare OSS e IP – o, in alternativa, assicurare agli enti del terzo settore le risorse economiche per poter pagare detti professionisti al pari dei contratti della Sanità. La concorrenza interna al Sistema Sanitario vede oggi, come 20 anni fa, un turn over esagerato all'interno delle Case di Riposo / RSA, che inficia la qualità della cura e la continuità assistenziale.

Le **Case della comunità** previste dalla Missione 6 del PNRR come strumento chiave per la tanto auspicata (nel corso della pandemia) riorganizzazione e riqualificazione della medicina di base. Se l'attuazione consisterà in una "semplice" rivisitazione e riorganizzazione dei Distretti sanitari, vi è il

forte rischio che prevalga la dimensione “amministrativa” dei processi di servizio. Al contrario, i servizi per gli anziani, e in generale i servizi alle persone fragili, hanno assoluta necessità di un raccordo forte con i Servizi sanitari. La collocazione di una o più di queste *case* in uno dei grandi Centri servizi per gli anziani potrebbe garantire una sperimentazione adeguata sia di una medicina di base fondata sulla *medicina di iniziativa* (l’unica in grado di contrastare efficacemente le disuguaglianze in sanità), sia di una integrazione ottimale tra servizi sanitari e servizi sociali.

Gli Enti locali, il Piano di Zona e il Terzo Settore

I progetti devono prevedere fin da subito la sostenibilità dopo la fase PNRR. A livello locale lo strumento di pianificazione del welfare locale “ordinario” è il **Piano di Zona**: occorre che i progetti locali della Missione 5 del PNRR siano integrati nel prossimo Piano di Zona 2021-2024

Gli **Enti Pubblici**, in particolare quelli di dimensioni minori, **non ce la faranno da soli** a elaborare e realizzare i Progetti previsti dalle diverse linee di azione. Senza un rapporto forte di **collaborazione con il Terzo Settore** è molto probabile che la qualità ed appropriatezza dei Progetti risulti abbastanza limitata e soprattutto tempi e modalità di realizzazione rischiano fortemente di risultare inadeguate. Ma tale collaborazione potrà svilupparsi proficuamente solo se si generalizzeranno le **nuove modalità di rapporto con il Terzo Settore**, legittimate, raccomandate e prescritte dalla normativa nazionale ed europea¹, che trovano nella **co-progettazione e nella co-programmazione** lo strumento principe. Con l’applicazione generalizzata delle modalità di affidamento iscritte nel codice dei contratti e la realizzazione di affidamenti attraverso gare d’appalto, magari al massimo ribasso, l’affidamento di servizi alla persona ha spesso trasformato il welfare locale in un’arena di incursori di ogni tipo al massimo ribasso della qualità e dell’affidabilità, con esiti spesso molto negativi per i cittadini.

Conclusioni

Considerati i tempi previsti per l’attuazione del PNRR, occorre attivare da subito progetti per far trovare pronto il territorio veronese nel momento in cui il Piano verrà calato a livello locale.

Sulla base delle considerazioni precedenti, pensiamo a:

- la ristrutturazione di un numero di almeno un terzo delle di Case di Riposo/RSA presenti nel territorio veronese, secondo criteri più adeguati (nuclei semiautonomi di stanze con tutti i servizi di base o piccoli appartamenti adeguatamente progettati e tecnologicamente dotati per gli ospiti parzialmente autonomi, miglioramento delle performances energetiche e antisismiche)
- la ristrutturazione di almeno 30 alloggi di Edilizia Residenziale Pubblica non utilizzati perché obsoleti da destinare a utenti di diverse generazioni: tale ristrutturazione potrebbe essere gestita da ETS, come è già stato fatto a Verona in alcuni progetti sperimentali
- copertura del Servizio di assistenza domiciliare, con tutte le funzionalità che possono favorire la permanenza delle persone nella propria residenza, coprendo numeri vicini agli standard previsti dal PNRR;

¹ Si veda l’art. 55 del Codice del Terzo Settore (Decreto legislativo, 03/07/2017 n° 117, G.U. 02/08/2017), definitivamente legittimato dalla sentenza della Corte Costituzionale n.131/2020; e inoltre gli articoli 76 e 77 della Direttiva 214/24/UE; ed infine il decreto Ministro del Lavoro n. 72 del 31 marzo 2021, contenente le Linee guida sul rapporto tra Pubbliche amministrazioni ed Enti del Terzo settore.

- istituzione di almeno 5 di “Stazioni di posta”, integrate con il Servizio Sanitario e i Centri per l’impiego e senza limiti temporali di permanenza rigidi;
- l’istituzione di Case della Comunità (o della Salute) almeno presso cinque dei Centri di servizio per anziani di maggiori dimensioni una per i distretti 2, 3 e 4 e due per il distretto 1 che serve la zona con maggiore densità abitativa della provincia di Verona, realtà già individuate e dotate di parte degli spazi e delle attrezzature necessarie.

Tali Progetti dovrebbero essere presentati da coalizioni territoriali articolate di Enti Pubblici (fondamentalmente Comuni e AUSSL) e di ETS, con precisi riferimenti alle competenze presenti, ai bisogni del territorio e ai servizi esistenti.

Per aderire inviare una mail ad uno dei seguenti indirizzi, allegando il logo dell’Associazione/Ente che aderisce, che verrà collocato in calce al documento stesso nel momento della sua diffusione.

ADOA: info@adoa.it

Osservatorio sulle disuguaglianze a Verona: disuguaglianzeverona@gmail.com