

Alla cortese attenzione

[Redacted]
[Redacted])

[Redacted]
[Redacted]

Oggetto: Attuazione della Convenzione PNES 2021-2027 (Progetto 3 – CUP F69I24000780001).
Proposta Tecnico-Operativa e di Co-programmazione – Piano Strategico "Salute, Legalità e Dignità" 2026-2028.

Gentilissime Dottoresse,

facendo seguito alla recente sottoscrizione della Convenzione di co-progettazione per la realizzazione degli interventi previsti dal **Programma Nazionale Equità nella Salute (PNES) 2021-2027**, l'Ente del Terzo Settore "Associazione Nazionale I Diritti del Debitore" ha l'onore di sottoporVi il presente documento programmatico.

La presente proposta tecnico-operativa nasce come **diretta conseguenza del ruolo assegnato alla nostra Associazione all'interno del progetto**, in stretta e imprescindibile sinergia con tutte le altre Associazioni ed Enti del Terzo Settore (ETS) partner.

Siamo infatti convinti che il contrasto alla povertà sanitaria richieda un approccio sistemico **fondato sul "Welfare Generativo"**: un modello che non può prescindere da un'azione collegiale e da una rete solidale in cui ogni ente – da chi si occupa di assistenza domiciliare a chi gestisce la consegna dei farmaci, fino al supporto legale e psicologico – apporti il proprio fondamentale contributo.

In via subordinata, e in un'ottica di consolidamento strutturale di questa best practice, il presente documento intende configurarsi anche, in modo defilato, come **proposta di co-programmazione ai sensi dell'art. 55 del Codice del Terzo Settore (D.Lgs. 117/2017)**, affinché le metodologie qui descritte possano divenire patrimonio stabile dell'ASP di Catania.

Di seguito presentiamo l'impianto progettuale, rigorosamente riordinato per evitare ridondanze e corredato dalle tabelle statistiche e operative necessarie.

INDICE DEI CAPITOLI

- 1. La Genesi del Bisogno: Epidemiologia della Povertà e Determinanti Sociali**
- 2. Mappatura del Bisogno e della Devianza (Analisi Georeferenziata)**
- 3. La Risposta Istituzionale: Azione Collegiale ETS e Proposta di Co-programmazione**
- 4. Modalità di Erogazione del Servizio: Il Modello "Hub della Dignità"**
- 5. Il Piano Formativo Quinquennale e le Strategie di Outreach**
- 6. Piano di Azione Distrettuale**
- 7. Sostenibilità e Indicatori di Impatto (SROI)**
- 8. Conclusioni: Un Appello alla Rete ETS**

Executive Summary: L'Inversione del Paradigma

L'attuale crisi socio-economica nel territorio dell'ASP di Catania ha generato un'emergenza strutturale definita **Povertà Sanitaria**, a causa della quale una percentuale allarmante di cittadini rinuncia a diagnosi essenziali e terapie salvavita.

Il motore primario di questa esclusione non è una carenza clinica, ma finanziaria: la fragilità del mercato del lavoro e il diffuso fenomeno del **"lavoro povero"** spingono le famiglie verso il **"Debito da Bisogno"**, ovvero un'insolvenza incolpevole contratta per far fronte alle necessità primarie.

Sottoposto al tragico effetto *trade-off*, il cittadino sacrifica la propria salute per pagare i debiti, scivolando fatalmente verso il "contenitore dell'illegalità" e l'usura, che agisce come un welfare criminale sostitutivo.

Il Core Business della Proposta: Il "Fresh Start" come Terapia Sociale:

L'Ente del Terzo Settore "Associazione Nazionale I Diritti del Debitore" propone all'ASP di Catania un radicale mutamento di paradigma basato sul **"Welfare Generativo"**: l'integrazione strutturale della Salute Finanziaria direttamente nei percorsi di cura territoriale.

Applicando il Codice della Crisi (D.Lgs. 14/2019), il progetto utilizza l'esdebitazione legale (il **"Fresh Start"**) non come una mera pratica burocratica, ma come una vitale **terapia sociale salvavita**.

Abbattendo il debito inerte, si restituisce ossigeno finanziario alla famiglia affinché torni a curarsi, disinnescando alla radice la **"Sindrome da Stress Finanziario Correlato"** che grava sempre più pesantemente sui Dipartimenti di Salute Mentale (DSM).

L'Innovazione Operativa: Prescrizione Sociale e Hub della Dignità

La strategia proposta recepisce le direttive del Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2025, il quale stabilisce che il benessere economico è un determinante essenziale per la salute. Le modalità di intervento si snodano attraverso strumenti fortemente innovativi:

- **La Prescrizione Sociale:** I Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri assumono l'innovativo ruolo di "sentinelle sociali". Qualora rilevino che una patologia (ansia, insonnia, depressione) è originata dall'angoscia economica, attivano una vera e propria "Ricetta della Dignità" (Scheda di Accoglienza Integrata), abilitando la presa in carico da parte dell'Associazione.
- **L'Hub della Dignità:** Un ecosistema *Phyigital* (fisico e digitale) che funziona come un *One-Stop-Shop* capace di superare la frammentazione istituzionale. Al suo interno, l'utente è sottoposto a una **Diagnosi Duale Sincrona**: mentre gli avvocati valutano la ristrutturazione del debito, gli psicologi affrontano il profilo di vulnerabilità psichica del paziente.

Sostenibilità, SROI e Giustizia Sanitaria. Questo impianto, inserito nella cornice del **Programma Nazionale Equità nella Salute (PNES) 2021-2027** e configurato anche come proposta di co-programmazione ai sensi dell'art. 55 del Codice del Terzo Settore, trasforma l'insolvenza da un "problema privato" a una questione di salute pubblica.

Curare il bilancio familiare equivale a fare prevenzione primaria, generando un drastico e immediato **risparmio per l'Azienda Sanitaria** mediante la riduzione della spesa per psicofarmaci, la decompressione degli accessi impropri in Pronto Soccorso e l'abbattimento dei ricoveri psichiatrici.

Gli studi internazionali basati sul modello SROI (*Social Return on Investment*) certificano che per ogni euro investito in questo genere di supporto socio-legale integrato, il ritorno a favore della collettività e delle finanze pubbliche si attesta tra i **2,50€ e i 4,00€**.

In conclusione, con il presente Piano Strategico si propone l'opportunità di trasformarsi da erogatore di prestazioni reattive in pioniere di una **"Sanità Rigenerativa"**, riaffermando che il diritto alla cura è inesigibile senza un preliminare e solido benessere economico.

1. La Genesi del Bisogno: Epidemiologia della Povertà e Determinanti Sociali

L'attuale crisi socio-economica ha generato una nuova e pericolosa forma di Povertà Sanitaria.

Le evidenze epidemiologiche più recenti restituiscono l'immagine di una crisi strutturale nei distretti dell'ASP di Catania, in cui una percentuale allarmante di cittadini rinuncia a diagnosi essenziali e terapie salvavita. **Il motore primario di questa esclusione è la fragilità del mercato del lavoro locale, dominato dal "lavoro povero" (*working poor*).**

Dal Lavoro Povero al "Debito da Bisogno" (L'Effetto Trade-off)

Quando il reddito non copre i bisogni fondamentali, la famiglia entra in una crisi che la spinge a ricorrere all'indebitamento per la mera sopravvivenza.

In questo bilancio della disperazione, le famiglie operano una scelta quotidiana tra il pagamento dei creditori e la salute (effetto *trade-off*).

Si stima che circa il 32% dei cittadini in condizione di povertà relativa abbia rinunciato ad almeno una prestazione sanitaria essenziale.

Questa deriva non è imputabile a una carenza nell'offerta di strutture sanitarie, bensì a una **barriera economica insormontabile eretta dall'insufficienza cronica del reddito**.

Il motore primario di questa esclusione è **la fragilità del mercato del lavoro locale**, caratterizzato da una duplice piaga: da un lato **l'assenza di occupazione stabile** e, dall'altro, **la crescita esponenziale del cosiddetto "lavoro povero"**.

Si tratta di segmenti di popolazione che, pur essendo occupati, **percepiscono redditi così esigui da risultare insufficienti a coprire i bisogni umani fondamentali**

Per questi nuclei familiari, la salute diventa un lusso insostenibile rispetto alla necessità primaria di cibo e abitazione.

Quando il reddito non garantisce più la dignità, il cittadino viene sospinto verso il **baratro del debito e dell'angoscia paralizzante da crisi**.

In questo stato di "asfissia finanziaria", l'individuo sperimenta un senso di impotenza che ne annulla la capacità di cura.

È esattamente in questa zona d'ombra, dove il credito legale è precluso e lo Stato appare lontano, che si insinua il **tentacolo dell'usura**.

Il ricorso a canali di finanziamento illeciti per far fronte a una spesa medica imprevista o al semplice costo dei ticket trasforma un problema di salute in una **condanna alla schiavitù economica**.

Il sovraindebitamento che ne consegue non è solo un onere finanziario, ma un trauma esistenziale che genera un loop di insicurezza sociale: **la preoccupazione per il debito soffoca la prevenzione**, la malattia si aggrava per incuria, e il cittadino scivola irreversibilmente verso i margini della società, **diventando un "invisibile"** per il sistema sanitario e una preda per la criminalità organizzata.

In tale contesto è stata coniata una ulteriore definizione: **"Il Debito da Bisogno"**

1.1 Il Core Business del Progetto:

L'Associazione **"I Diritti del Debitore"** propone all'ASP di Catania un mutamento di paradigma: **l'integrazione strutturale della Salute Finanziaria nei percorsi di cura territoriale**.

In un contesto socio-economico **segnato da profonde disuguaglianze**, la risoluzione del bisogno, attraverso il modello del **"Fresh Start"**, non deve essere intesa come una mera pratica burocratica o legale, ma come una **terapia sociale salvavita**.

Il progetto interviene sulla radice dei determinanti sociali di salute, agendo laddove **l'insufficienza di reddito — causata sia dalla disoccupazione strutturale che dal fenomeno del lavoro povero** (occupazioni con salari sotto la soglia di povertà) — impedisce al cittadino di soddisfare i bisogni essenziali.

Quando il reddito da lavoro non garantisce più la dignità, la salute scivola all'ultimo posto nelle priorità familiari, generando una reazione a catena che questo progetto mira a spezzare attraverso tre direttrici fondamentali:

Ripristino dell'accesso ai LEA e contrasto all'esclusione sanitaria

Il sovraindebitamento opera come una barriera invisibile che allontana il cittadino dal Servizio Sanitario.

La mancanza di liquidità derivante da pignoramenti o rate insostenibili **costringe i nuclei familiari a tagliare le spese per la prevenzione, i ticket e i farmaci non mutuabili.**

Risolvere la crisi da debito significa "liberare" risorse economiche, restituendo di fatto al paziente il potere d'acquisto necessario per rientrare nei percorsi dei **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)** e riprendere l'aderenza terapeutica.

Disinnesco del "Contenitore dell'Illegalità" e della deriva usuraia

L'insolvenza è il principale varco d'accesso per la criminalità organizzata.

Il cittadino che vive in una condizione di **lavoro povero**, non avendo accesso al credito bancario, diventa preda vulnerabile per l'**usura**, intesa come **welfare sostitutivo illegale**.

Questo meccanismo alimenta un circolo vizioso di **illegalità e insicurezza sociale**, dove il bisogno estremo si trasforma in ricattabilità.

L'intervento dell'Associazione sottrae il debitore a questa deriva, offrendo la via legale dell'esdebitazione come alternativa concreta alla devianza e alla micro-criminalità, ripristinando la legalità nel tessuto sociale dei distretti catanesi.

Efficientamento della spesa pubblica e riduzione del carico clinico

Esiste una correlazione diretta tra l'angoscia da debito e l'insorgenza di patologie croniche (ipertensione, diabete) e disturbi psichiatrici gravi (ansia, depressione, ideazione suicidaria).

Un cittadino schiacciato dai debiti è un paziente ad alto costo per l'ASP. Attraverso il "Fresh Start", l'Associazione riduce alla fonte lo stress psicosociale che alimenta queste cronicità. Il risultato è un **risparmio diretto per l'Azienda Sanitaria**, derivante dalla minore spesa per psicofarmaci, dalla riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso e dalla prevenzione di ricoveri psichiatrici legati a shock esistenziali.

Sintesi Operativa per la Direzione

L'integrazione della Salute Finanziaria trasforma l'ASP da erogatore di prestazioni a garante della **Dignità della Persona**.

Curare il bilancio di una famiglia povera significa, a tutti gli effetti, fare prevenzione primaria, contrastare l'insicurezza del territorio e ottimizzare le risorse del Fondo Sanitario Regionale.

1.2 Prefazione: Il Nesso tra Malattia, Debito e Insicurezza

IL NESSO TRA INSOLVENZA, USURA E INSICUREZZA SOCIALE:

Verso un nuovo modello di Legalità Sanitaria nei Distretti di Catania

1.2.1 La Genesi del Bisogno: Il Fallimento del Reddito e la Nascita del "Paziente Debitore"

Il bisogno sanitario non è un evento isolato, ma l'anello terminale di una reazione a catena che affonda le radici nella struttura economica del territorio catanese.

Nei distretti socio-sanitari della provincia, stiamo assistendo alla nascita del Debito da Bisogno e alla mutazione del cittadino in "Paziente Debitore". Questa figura emerge laddove il lavoro — quando c'è — è "povero": contratti precari, part-time involontari o salari che, pur garantendo l'occupazione, non permettono il superamento della soglia di povertà relativa.

In questo scenario, il reddito familiare non è più uno strumento di pianificazione, ma un dispositivo di mera sopravvivenza.

Quando interviene un imprevisto — una patologia che richiede esami specialistici, il costo dei trasporti per raggiungere i presidi dell'ASP, o l'acquisto di farmaci in fascia C — l'equilibrio già precario si spezza.

L'insolvenza non inizia con il mancato pagamento di una rata bancaria; inizia con la rinuncia alla prevenzione.

Il cittadino smette di curarsi per continuare a nutrire il proprio nucleo familiare.

Questo silenzioso abbandono del diritto alla salute è il primo sintomo di una crisi che, se non intercettata, trascinerà l'intero nucleo familiare fuori dal perimetro della legalità statale.

1.2.2 Il Vuoto Istituzionale e l'Usura come "Welfare Sostitutivo"

Quando la famiglia non può più onorare i propri debiti e il sistema bancario tradizionale chiude le porte (segnalazioni in CRIF, mancanza di garanzie), si apre una "zona d'ombra".

In questo spazio di disperazione, lo Stato e le sue istituzioni (inclusa l'ASP) vengono percepiti come entità distanti, burocratiche, inaccessibili.

In questo vuoto pneumatico di protezione sociale, l'illegalità si presenta con il volto rassicurante e immediato dell'usura.

Nei quartieri periferici di Catania, così come nei centri rurali del Calatino o del Bronte, l'usuraio non viene visto solo come un criminale, ma come un "erogatore di welfare" di ultima istanza.

- L'usuraio fornisce la liquidità che l'ASP non può dare;
- L'usuraio permette di pagare l'intervento chirurgico privato quando le liste d'attesa pubbliche sono troppo lunghe;
- L'usuraio risolve l'emergenza immediata, ma al costo della schiavitù perpetua.

Questa è la **trappola del bisogno**: l'illegalità diventa l'unico strumento per esercitare un diritto costituzionale (la salute).

Una volta entrati nel "contenitore dell'illegalità", il cittadino perde la propria libertà decisionale e la propria dignità, diventando un soggetto ricattabile e invisibile ai radar del servizio pubblico.

1.2.3 La Deriva Sociale: Reclutamento Criminale e Degrado Urbano

L'insicurezza sociale che ne deriva non colpisce solo il singolo, ma infetta l'intero tessuto urbano. I distretti con alti tassi di debito inerte diventano **territori di conquista per la criminalità organizzata**.

L'indebitamento patologico è il principale carburante per il **reclutamento criminale**.

Un padre di famiglia schiacciato dai debiti o un giovane che vede i genitori umiliati dall'insolvenza sono prede facili per la manovalanza mafiosa.

La criminalità offre "protezione" economica in cambio di fedeltà o di piccoli compiti illeciti (spaccio, custodia di armi, prestanome).

Questo genera una percezione di paura collettiva e un degrado che non è solo architettonico, ma morale.

Quando la maggioranza degli abitanti di un quartiere vive sotto il ricatto dell'usura o nel timore di un pignoramento, la fiducia nelle istituzioni crolla.

Il Consultorio o il PTA (Presidio Territoriale di Assistenza) diventano luoghi estranei.

L'insicurezza sociale nasce dalla consapevolezza che lo Stato non ha strumenti per proteggere la famiglia dal baratro finanziario, lasciando campo libero a chi usa il bisogno come arma di controllo.

1.2.4 Il Dovere dell'ASP: Intercettare la Vulnerabilità nei Consultori

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Catania possiede, attraverso i suoi presidi territoriali e la rete dei consultori, una posizione privilegiata di osservazione.

Il medico e l'assistente sociale sono spesso gli ultimi testimoni della dignità che crolla.

Intercettare la vulnerabilità finanziaria prima che diventi disperazione criminale è una missione di sanità pubblica. Il Consultorio non può più limitarsi a essere un presidio medico-ostetrico; deve evolvere in un avamposto di legalità.

- Identificare un paziente sovraindebitato significa fare prevenzione del crimine;
- **Sostenere una madre che non può pagare i farmaci perché strozzata dai debiti significa proteggere il futuro dei minori dal rischio di devianza.**

L'ASP ha l'opportunità storica di smettere di curare solo le conseguenze (le patologie da stress, i tentati suicidi, le depressioni croniche) e iniziare a curare le cause.

Conclusioni: Curare il Debito per Guarire la Società

Il "Fresh Start" come protocollo di salute pubblica e legalità nel solco del PSN 2025

In conclusione, l'analisi fin qui condotta dimostra che **curare il debito significa disinnescare la bomba sociale dell'insicurezza** che minaccia il territorio catanese.

Il Piano Strategico proposto recepisce l'innovazione radicale del Piano Sanitario Nazionale 2025, che sposta l'asse della cura dall'ospedale al territorio e riconosce nel soddisfacimento dei bisogni primari la preconditione per ogni intervento clinico.

Trasformare l'ASP in un attore del **riequilibrio solidale** permette di **passare da una sanità "reattiva" a una sanità "rigenerativa".**

1.3 Il contrasto all'insufficienza reddituale e la "Salute dei Bisogni"

Il PSN 2025 introduce il concetto di Salute Multidimensionale.

Il cuore del problema resta l'insufficienza del reddito, una piaga che colpisce disoccupati e lavoratori poveri. Quando il guadagno non copre i bisogni essenziali (alimentazione, casa, cure), la famiglia scivola nell'insolvenza incolpevole (**Debito da Bisogno**).

- **L'innovazione del 2025:**

Il Piano Sanitario abilita il Medico di Medicina Generale (MMG) a una funzione di "sentinella sociale". Se il medico rileva che la patologia è figlia della povertà o dell'angoscia economica, ha oggi il dovere di attivare percorsi extra-clinici. L'Associazione "I Diritti del Debitore" può diventare il partner tecnico dell'ASP per dare corpo a questa norma, trasformando il diritto alla salute (Art. 32 Cost.) in una realtà accessibile anche a chi è schiacciato dalle diseguaglianze reddituali.

L'applicazione del Codice della Crisi (CCII) come "Terapia Sociale"

L'Associazione opera attraverso l'applicazione tecnica del **Codice della Crisi e dell'Insolvenza (D.Lgs. 14/2019)**.

Nel nuovo assetto sanitario 2025, questo strumento non è più solo giuridico, ma diventa un dispositivo di prevenzione sanitaria:

- **Il Bisturi Sociale:** Le procedure di sovraindebitamento permettono di affrontare il debito inerte in modo sostenibile.
- **La Prescrizione Sociale:** In linea con il PSN 2025, il medico può "prescrivere" l'invio all'Associazione per un intervento di esdebitazione. Ogni "Fresh Start" è una vittoria per lo Stato: è un debito che smette di alimentare l'angoscia psichica e **torna a essere parte di un ciclo economico legale.**
- **Precondizione per la Salute Mentale:** Eliminare il debito insostenibile ha lo stesso valore di una terapia farmacologica contro la depressione e l'isolamento, come confermato dal PANSM 2025-2030.

1.3.1 Il Riequilibrio Solidale: Restituire Ossigeno, Sicurezza e Legalità

La nostra missione di **riequilibrio solidale del debito** mira a riportare equità laddove il mercato ha generato squilibri. Seguendo le direttive del PSN 2025 sulla prossimità e sulla domiciliarità, agiamo su tre fronti:

1. **Sottrarre manovalanza alla criminalità:** Un cittadino liberato dal debito non è ricattabile. L'esdebitazione è il più potente strumento di contrasto all'usura nelle periferie di Catania.
2. **Lotta alla Povertà Sanitaria:** Famiglie economicamente riequilibrate tornano a investire nella propria salute. La stabilità finanziaria è il miglior farmaco contro la cronicità e l'abbandono terapeutico.
3. **Sicurezza Pubblica e Fiducia Istituzionale:** Un cittadino che vede l'ASP farsi carico non solo del suo corpo, ma della sua dignità economica, è un cittadino che collabora con le istituzioni. Il riequilibrio solidale trasforma la paura in cittadinanza attiva.

1.3.2 L'ASP Catania come Laboratorio della Nuova Sanità

L'ASP di Catania ha oggi l'opportunità storica di essere la portatrice di questa visione innovativa del Piano Sanitario Nazionale.

Accettare questa sfida significa riconoscere che la **povertà sanitaria non si combatte solo negli ambulatori, ma anche attraverso il recupero della capacità reddituale** e della dignità economica.

Solo attraverso la sinergia tra **Salute Mentale, Assistenza Sociale e Supporto Legale all'Insolvenza**, Catania potrà finalmente **liberarsi dal "contenitore dell'illegalità"**.

È tempo di agire affinché il bisogno non sia più l'unico orizzonte, trasformando il dolore del debito nella speranza di una vita sana, sicura e, finalmente, libera.

L'ASP di Catania si può proporre come avanguardia nel panorama nazionale, realizzando un modello di Welfare Generativo unico nel suo genere.

1.3.3 Epidemiologia della Povertà e Determinanti Sociali di Salute

Il nesso causale tra sovraindebitamento, rinuncia alle cure e devianza sociale

L'analisi dello stato di salute della popolazione afferente all'ASP di Catania nel biennio 2025-2026 rivela una correlazione critica e inscindibile tra lo status economico-finanziario dei nuclei familiari e gli indicatori di benessere bio-psicosociale.

La povertà sanitaria non è più configurabile come una semplice carenza di reddito, ma come un fenomeno multidimensionale alimentato dal sovraindebitamento cronico e dalla fragilità del mercato del lavoro.

1.3.4 La Genesi: Dall'Assenza di Reddito al "Lavoro Povero"

Per comprendere la povertà sanitaria nei distretti di Catania, è necessario analizzare la natura del reddito che viene meno. **Non siamo in presenza solo di una povertà da disoccupazione, ma di un fenomeno più subdolo: il lavoro povero (*working poor*).**

- **Insufficienza Reddittuale Strutturale:**

Una fetta crescente di cittadini, pur essendo occupata, percepisce redditi che non permettono il superamento della soglia di sussistenza. **Questo reddito "fragile" viene interamente assorbito dai costi primari (abitazione, energia, alimentazione), lasciando a zero la capacità di spesa per la prevenzione e la cura.**

- **Il Debito come Ammortizzatore Sociale Improprio:**

In assenza di risparmi, le famiglie ricorrono al debito anche per le spese correnti. "Debito da Bisogno".

Quando il debito diventa insostenibile, si trasforma in sovraindebitamento patologico, **annullando ogni residua possibilità di accesso al sistema sanitario privato o al pagamento dei ticket nel pubblico.**

1.3.5 L'Analisi del Bisogno: Il nesso tra Sovraindebitamento e Povertà Sanitaria

Secondo le ultime rilevazioni dell'*Osservatorio sulla Povertà Sanitaria* e i dati *ISTAT Sicilia 2025*, **la Sicilia si conferma tra le regioni con il più alto indice di rinuncia alle cure per motivi economici.**

- **L'Effetto "Trade-off" (Scelta Tragica):**

Le famiglie in crisi da debito (che a Catania hanno toccato picchi di esposizione media tra i più alti del Mezzogiorno) operano una scelta quotidiana tra il pagamento dei creditori e la salute.

In questo bilancio della disperazione, **la prevenzione oncologica, la salute dentale o l'acquisto di farmaci non mutuabili vengono sistematicamente sacrificati.**

- **Dati 2025-2026 e Barriere d'Accesso:**

Si stima che circa il **32% dei cittadini** in condizione di povertà relativa **abbia rinunciato almeno a una prestazione sanitaria essenziale nell'ultimo anno.**

Il debito non è solo un onere contabile, è una barriera d'accesso fisica ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Un cittadino pignorato o segnalato come **cattivo pagatore vive in uno stato di "morte civile" che si riflette in una "morte sanitaria" precoce.**

1.3.6 La Povertà Sanitaria come Determinante Sociale (PSN 2025)

Il Piano Sanitario Nazionale 2025 innova profondamente questo campo, **stabilendo che la salute non è solo assenza di malattia, ma il risultato di condizioni di vita dignitose.**

- **La Povertà Sanitaria Indotta:**

L'insufficienza di reddito genera povertà sanitaria, che a sua volta aggrava la povertà economica (**chi è malato non può lavorare o lavora meno**), **creando una spirale di esclusione che grava interamente sull'ASP.**

- **L'Angoscia da Crisi come Patologia:**

L'angoscia paralizzante derivante dal bisogno non soddisfatto non è solo un sentimento, ma un fattore eziologico.

Il Piano Nazionale Salute Mentale 2025-2030 **riconosce ufficialmente il sovraindebitamento come una delle principali cause di depressione reattiva e disturbi d'ansia generalizzata.**

1.3.7 Il "Contenitore dell'Illegalità" e l'Insicurezza Sociale

L'insufficienza di reddito e il debito inerte spingono il cittadino verso l'unica forma di "welfare" rimasta disponibile nelle periferie degradate: l'**illegalità**.

- **L'Usura come Risposta al Bisogno:**

Quando l'ASP non intercetta il bisogno e le banche chiudono i rubinetti, l'usuraio diventa l'unico soggetto che "finanzia" la salute.

Questo passaggio segna l'ingresso della famiglia **nel contenitore dell'illegalità**, alimentando un clima di **insicurezza sociale** e paura collettiva che mina la stabilità dell'intero territorio catanese.

- **Urgenza di Intervento:**

Per l'ASP di Catania, intervenire sulla povertà sanitaria attraverso il riequilibrio del debito non è più un'opzione, ma un dovere istituzionale per restituire legalità e salute ai cittadini, **in piena coerenza con le nuove direttive sulla Prescrizione Sociale previste dal PSN 2025.**

1.4 Il "Contenitore dell'Illegalità" e l'Insicurezza Sociale:

Il Fallimento dal Reddito

L'assenza di un reddito dignitoso, derivante dalla disoccupazione strutturale o dal fenomeno del **lavoro povero**, agisce come il principale catalizzatore della devianza nel territorio catanese.

Quando il lavoro non garantisce più la sussistenza, il debito cessa di essere **una scelta finanziaria per diventare un "debito da bisogno"**, ovvero l'unica strategia di sopravvivenza per l'acquisto di beni primari e prestazioni sanitarie.

Se le istituzioni non intercettano questa fragilità, il bisogno insoddisfatto si trasforma nel "Contenitore dell'Illegalità".

1.4.1 L'Usura come "Welfare Criminale Sostitutivo"

In un contesto di **insufficienza reddituale**, il cittadino viene sistematicamente escluso dai canali di credito legale. **Questa "morte finanziaria" spinge i soggetti vulnerabili verso l'unica mano tesa disponibile nelle periferie e nelle aree degradate: quella della criminalità organizzata.**

- **La Trappola della Liquidità Immediata:**

L'usura non si presenta con il volto della violenza, ma con quello rassicurante del "welfare sostitutivo".

La criminalità offre liquidità immediata per pagare l'affitto, la spesa o un'operazione chirurgica urgente, sostituendosi allo Stato laddove esso appare assente o burocraticamente impenetrabile.

- **La Schiavitù Esistenziale:**

Questo passaggio segna l'ingresso del cittadino in un loop di schiavitù finanziaria e psicologica.

Il costo reale del "prestito" non è solo l'interesse usurario, ma la perdita totale della libertà.

In questo stato di sottomissione, l'individuo annulla ogni residua capacità di cura di sé: la salute mentale e fisica viene sacrificata sull'altare di un debito inestinguibile, alimentando patologie da stress che gravano ulteriormente sul sistema pubblico.

1.4.2 Insicurezza Sociale e Dissoluzione del Patto di Cittadinanza

Il fenomeno del **debito da bisogno** genera un clima di insicurezza sociale diffusa che mina le fondamenta della convivenza civile a Catania e provincia.

- **L'Espropriazione della Dignità:**

Il cittadino, schiacciato da un reddito insufficiente e dal ricatto criminale, viene "espropriato" della propria dignità.

Questo genera un profondo risentimento e una perdita di fiducia totale nelle istituzioni, inclusa quella sanitaria. L'ASP non è più vista come un presidio di tutela, ma come parte di un sistema che ha fallito nel proteggere i bisogni primari.

- **Zone d'Ombra e Devianza:**

Si creano così vere e proprie "zone d'ombra" territoriali dove regnano la paura, l'omertà e la devianza.

In queste aree, l'insicurezza percepita dai residenti aumenta esponenzialmente, poiché la criminalità organizzata acquisisce il controllo sociale ed economico delle famiglie attraverso il debito.

1.4.3 La Salute come Presidio di Legalità

In questa prospettiva, la sicurezza del territorio catanese è direttamente proporzionale alla capacità dell'ASP di offrire alternative concrete al bisogno estremo. Intervenire sulla povertà sanitaria e sul debito da bisogno significa:

1. **Rompere il monopolio criminale** del welfare nelle zone degradate.
2. **Ripristinare il Patto di Cittadinanza**, dimostrando che lo Stato è capace di "prescrivere" non solo farmaci, ma dignità e protezione sociale.
3. **Disinnescare la bomba sociale** dell'insicurezza, intesa come assenza di futuro e di tutela per chi vive in condizioni di lavoro povero.

L'ASP di Catania, attraverso i suoi presidi e la collaborazione con il Terzo Settore, deve porsi come l'antidoto al "contenitore dell'illegalità", trasformando l'assistenza sanitaria in un atto di riconquista della legalità territoriale.

1.4.4 Conseguenze Cliniche: Il carico sui DSM e sulle Cure Primarie

L'impatto del debito da bisogno e del lavoro povero sulla salute pubblica ha assunto i connotati di una vera emergenza epidemiologica. Il trauma economico non è un evento neutro, ma si manifesta attraverso quella che la letteratura scientifica più recente e il nuovo PANSM definiscono "Sindrome da Stress Finanziario Correlato".

1.4.5 Patologie Prevalenti e Fenomenologia del Trauma

Nel territorio dell'ASP di Catania, si registra un incremento esponenziale (stimato nel +18% nell'ultimo biennio) di patologie strettamente correlate all'insolvenza incolpevole e all'insufficienza reddituale:

1. Disturbi dell'area ansioso-depressiva:

La precarietà del reddito e l'indebitamento generano un'ansia reattiva cronica, legata al rischio imminente di perdita dell'abitazione o all'impossibilità di garantire i bisogni primari ai figli. Questa condizione evolve spesso in depressione maggiore quando il cittadino percepisce l'assenza di vie d'uscita legali (es. mancata conoscenza del *Fresh Start*).

2. Patologie Psicosomatiche e Cronicità indotta:

L'iper-attivazione del sistema dello stress produce effetti organici devastanti: ipertensione arteriosa resistente, disturbi gastrointestinali gravi e insonnia cronica. Questi pazienti "intasano" i presidi di Medicina Generale, richiedendo prestazioni per sintomi fisici la cui eziologia è però di natura sociale ed economica.

3. Ideazione Suicidaria e Gesti Estremi:

Il debito da bisogno è riconosciuto come uno dei principali trigger per il suicidio nel Sud Italia. La perdita della dignità economica viene vissuta come un fallimento identitario totale, spingendo il soggetto verso il baratro della disperazione.

1.4.5 L'Impatto sui DSM: Dalla Cura del Sintomo alla Cura della Causa

I Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) dell'ASP Catania si trovano oggi a gestire una platea di utenti la cui "malattia" non è di natura endogena, ma è una risposta biologica e psicologica a un trauma economico strutturale.

- **Il limite della terapia tradizionale:** Senza una risoluzione del debito sottostante attraverso le procedure di esdebitazione previste dal Codice della Crisi, la sola terapia farmacologica o psicoterapeutica risulta un mero palliativo.
- **Recidiva e Costi:** Si osservano tassi di recidiva altissimi e una "cronicizzazione sociale" che genera costi di gestione insostenibili per l'Azienda Sanitaria. Il paziente torna ciclicamente in cura perché la causa scatenante (la pressione dei creditori o l'usura) rimane attiva.

1.5 Considerazioni Strategiche e Collegamento al Piano Sanitario Nazionale 2025

L'urgenza dell'intervento è dettata dal fatto che la povertà sanitaria non è un fenomeno statico, ma un acceleratore di costi futuri e un moltiplicatore di iniquità.

La Prevenzione Primaria nel PSN 2025

Il nuovo **Piano Sanitario Nazionale 2025** innova radicalmente il concetto di prevenzione, stabilendo che essa non può limitarsi agli screening clinici, ma deve abbracciare i **Determinanti Sociali di Salute (DSS)**.

- **Affrontare il debito significa fare prevenzione primaria:** Il PSN 2025 chiarisce che il benessere economico è parte integrante della salute. Un cittadino che oggi rinuncia alla prevenzione perché schiacciato dal lavoro povero e dal debito sarà inevitabilmente il paziente critico di domani in Pronto Soccorso o nelle corsie di degenza.
- **Il Medico come Prescrittore Sociale:** In linea con le direttive 2025, il medico di famiglia deve poter "prescrivere" l'accesso a servizi di riabilitazione finanziaria (come quelli offerti dall'Associazione) per rimuovere l'ostacolo che impedisce la cura.

1.5.1 L'Integrazione Socio-Sanitaria e il Modello "One Health"

Il PSN 2025 e il PANSIM 2025-2030 promuovono il superamento della frammentazione tra sociale e sanitario. L'ASP di Catania ha l'opportunità di attuare questa integrazione trasformando il supporto legale all'insolvenza in un **intervento riabilitativo certificato**.

- **Efficienza Allocativa:** Spostare risorse verso il contrasto alla povertà sanitaria e al sovraindebitamento permette di ridurre la spesa passiva legata alle lungodegenze e alle complicanze delle patologie da stress non curate.

In sintesi:

Per l'ASP di Catania, adottare il modello del "Riequilibrio Solidale" significa recepire proattivamente le innovazioni del Piano Sanitario Nazionale, passando da una logica di "riparazione del danno" a una di "promozione della salute e della legalità".

Curare il debito non è un'attività estranea alla sanità, ma l'unico modo per garantire l'efficacia delle cure mediche e la tenuta del sistema sociale nel suo complesso.

2. Mappatura del Bisogno e della Devianza (Analisi Georeferenziata)

Analisi georeferenziata dei Distretti Socio-Sanitari dell'ASP Catania

La provincia di Catania presenta una frammentazione socio-economica profonda che agisce come principale barriera all'equità sanitaria.

Sebbene il PIL pro-capite regionale mostri segnali di crescita (stimato a circa **24.700€** nel 2025), la **mediana del reddito disponibile nel catanese resta tra le più basse della Sicilia** (circa 12.200€).

Il dato più allarmante è l'indice di disuguaglianza: il **quintile più ricco della popolazione percepisce redditi 12 volte superiori al primo quintile**, confinando una vasta fetta di cittadini in una condizione di "lavoro povero" e vulnerabilità cronica.

2.1 Il Concetto di "Debito da Bisogno"

In questo contesto, l'**indebitamento delle famiglie non è una scelta finanziaria legata all'investimento o al consumo voluttuario**, ma si configura come **"Debito da Bisogno"**.

• **Definizione:**

Il debito da bisogno è una forma di indebitamento coatto derivante dall'insufficienza del reddito nel coprire i bisogni umani fondamentali (casa, alimentazione, salute).

• **Genesi:**

Nasce laddove il "lavoro povero" non garantisce la sussistenza. La famiglia si indebita per sopravvivere.

• **Impatto Sanitario:**

Il debito da bisogno è il principale "trigger" della povertà sanitaria.

Il cittadino esaurisce la propria capacità reddituale per onorare debiti contratti per necessità, azzerando le risorse destinate alla prevenzione e alla cura.

2.2 Analisi Distrettuale e Comunale

Le tabelle seguenti incrociano i dati **ISTAT 2025** con le stime dell'Associazione sull'indebitamento reale e il rischio di povertà sanitaria.

DISTRETTO D16 - CATANIA (Area Metropolitana)

Caratterizzato da altissima pressione abitativa e crisi del reddito urbano.

Comune	Abitanti	Famiglie	Reddito Medio	Indebitamento	Povertà Assoluta	Povertà Relativa	Povertà Sanitaria
Catania	298.000	125.000	€ 14.200	€ 16.500	18,5%	24,0%	Alta
Misterbianco	49.000	19.500	€ 13.100	€ 14.200	16,0%	21,5%	Media-Alta
Motta S.A.	12.000	4.800	€ 12.800	€ 11.500	12,5%	18,0%	Media

Commento Tecnico D16: Nel capoluogo si registra il dato più allarmante: l'indebitamento medio supera il reddito annuo (**Ratio 116%**). La relazione è chiara: il "lavoro povero" non copre il costo della vita, costringendo al debito per la sussistenza. La povertà sanitaria è la conseguenza diretta: il 100% del reddito è impegnato a onorare debiti, lasciando "zero" per la cura.

DISTRETTO D13 - CALTAGIRONE (Area Calatino)

Cluster di povertà rurale e insufficienza reddituale estrema.
Area segnata da redditi minimi e forte isolamento geografico.

Comune	Abitanti	Famiglie	Reddito Medio	Indebitamento	Povertà Assoluta	Povertà Relativa	Povertà Sanitaria
Caltagirone	36.000	15.200	€ 11.500	€ 10.800	21,0%	28,5%	Alta
Grammichele	13.000	5.400	€ 10.100	€ 9.500	22,5%	30,0%	Alta
Mazzarrone	4.000	1.600	€ 9.200	€ 9.500	25,0%	33,0%	Massima
San Cono	2.500	1.050	€ 8.900	€ 9.200	26,5%	35,0%	Massima

Commento D13: In comuni come San Cono e Mazzarrone, l'indebitamento è contratto esclusivamente per la sussistenza. La povertà sanitaria è totale: la prevenzione è inesistente e l'unico accesso al sistema è quello dell'urgenza ospedaliera, con costi altissimi per l'ASP.

il reddito è inferiore al debito accumulato per bisogni primari. **Qui la povertà sanitaria è totale (oltre il 50% di rinuncia alle cure). Il rischio usura è sistemico poiché non esiste capacità di garanzia per il credito legale.**

DISTRETTO D18 - PATERNÒ

Alta incidenza di sovraindebitamento legato alla crisi del ceto medio e delle microimprese.

Comune	Abitanti	Famiglie	Reddito Medio	Indebitamento	Povertà Assoluta	Povertà Relativa	Povertà Sanitaria
Caltagirone	36.000	15.200	€ 11.500	€ 10.800	21,0%	28,5%	Alta
Grammichele	13.000	5.400	€ 10.100	€ 9.500	22,5%	30,0%	Alta
Mazzarrone	4.000	1.600	€ 9.200	€ 9.500	25,0%	33,0%	Massima
San Cono	2.500	1.050	€ 8.900	€ 9.200	26,5%	35,0%	Massima

Commento D18: A Paternò, il debito da bisogno è legato alla crisi delle attività familiari. L'insufficienza del reddito netto genera una pressione debitoria che si traduce in patologie psichiche (ansia e depressione) che saturano i servizi del DSM locale.

Il "Debito da Bisogno" a Paternò è legato al tentativo disperato di mantenere attività commerciali in perdita, portando a depressioni reattive gravi che saturano i servizi di salute mentale locali.

DISTRETTO D15 - BRONTE

Area interna con elevati costi indiretti (trasporti) per l'accesso alle cure.

Comune	Abitanti	Famiglie	Reddito Medio	Indebitamento	Povertà Assoluta	Povertà Relativa	Povertà Sanitaria
Bronte	18.500	7.800	€ 11.800	€ 10.500	17,5%	23,0%	Media-Alta
Randazzo	10.500	4.400	€ 10.900	€ 10.200	19,0%	25,5%	Alta
Maniace	3.700	1.400	€ 9.800	€ 9.700	21,5%	29,0%	Alta

Commento Tecnico D15: L'insufficienza reddituale viene erosa dai costi di trasporto. Il debito viene contratto per "comprare salute" (viaggi per visite, farmaci), alimentando il senso di abbandono e l'insicurezza sociale delle aree interne.

Effetto Sostituzione: **Il cittadino utilizza il debito come un ammortizzatore sociale improprio. Quando il reddito non copre la salute, il debito diventa l'unico modo per curarsi, spingendo il soggetto verso il contenitore dell'illegalità (usura) a causa dell'impossibilità di accedere al credito legale.**

DISTRETTO D14 ACIREALE

Questo distretto presenta una vulnerabilità legata alla stagionalità del lavoro e alla crisi della piccola impresa artigiana.

Comune	Abitanti	Famiglie	Reddito Medio	Indebitamento	Povertà Assoluta	Povertà Relativa	Povertà Sanitaria
Acireale	52.000	21.500	€ 13.800	€ 14.500	15,5%	21,0%	Alta
Aci Catena	28.000	11.200	€ 12.400	€ 13.100	18,0%	24,5%	Alta
Aci Sant'Antonio	18.000	7.100	€ 13.200	€ 12.400	14,5%	19,0%	Media
Aci Bonaccorsi	3.500	1.400	€ 15.800	€ 10.200	8,5%	12,0%	Bassa
Aci Castello	18.500	8.200	€ 16.500	€ 11.800	10,0%	14,5%	Bassa

Strategia Operativa Specifica per il Distretto D14

Per il distretto di Acireale, il modello "Hub della Dignità" prevede le seguenti azioni prioritarie:

- **Azione Prioritaria:** Contrasto all'insolvenza da "lavoro povero" e stagionale.
- **Strumento Operativo: Sportello Digitale Integrato** presso i consultori e il PTA di Acireale per garantire la massima riservatezza ai nuclei familiari che temono lo stigma sociale della crisi finanziaria.
- **Outreach:** Collaborazione con le parrocchie e le associazioni locali per intercettare il "bisogno invisibile" nelle frazioni costiere e collinari.
- **Target di Aggancio (Anno 1):** Si stimano circa **400 nuclei familiari** da prendere in carico nel primo biennio di attività.

Il Distretto di Acireale si distingue per una stratificazione del bisogno che riflette la sua eterogeneità geografica, spaziando dai centri urbani densamente popolati alle frazioni costiere e collinari

La Vulnerabilità del "Lavoro Povero" e Stagionale

A differenza delle aree rurali del Calatino, Acireale presenta una criticità legata alla **precarietà del settore terziario e turistico.**

- **Reddito Altalenante:** Molti nuclei familiari vivono una condizione di "**indebitamento da sopravvivenza**" causata dalla **stagionalità delle entrate**, che rende difficile l'accesso costante alle cure specialistiche.
- **Povertà Sanitaria ad Aci Catena:** Con un tasso di povertà relativa del **24,5%**, il comune di Aci Catena emerge come un "hotspot" di vulnerabilità all'interno del distretto, necessitando di un intervento prioritario delle Tabella Operativa per Comune e distretto (MMG e PLS).

2.3 Relazione tra Reddito, Debito e Rischio Sociale

L'analisi incrociata evidenzia un circolo vizioso che l'ASP deve spezzare:

1. **L'insufficienza del reddito (Lavoro Povero)** impedisce la copertura delle spese sanitarie.
2. Il ricorso al **Debito da Bisogno** (spesso informale/usurario) aggrava la condizione economica.
3. L'**Angoscia da insolvenza** genera patologie psichiche e spinge verso il "contenitore dell'illegalità".

Relazione tra le Variabili e Fonti

Dall'analisi delle tabelle emerge una costante: **laddove l'Indebitamento Medio si avvicina o supera il Reddito Medio (Ratio > 90%), la Povertà Sanitaria diventa critica.**

Il debito da bisogno agisce come una "tassa occulta": il cittadino non è libero di curarsi perché è schiavo della restituzione del debito, spesso verso soggetti illegali (usura).

Fonti Utilizzate:

- **ISTAT 2025:** Proiezioni su povertà e vulnerabilità materiale.
- **MEF:** Dichiarazioni dei redditi pro-capite comuni della Provincia di Catania (2024-2025).
- **Osservatorio Povertà Sanitaria:** Rapporti sulla rinuncia alle cure nel Mezzogiorno.
- **Codice della Crisi (D.Lgs. 14/2019):** Analisi dei flussi di sovraindebitamento incolpevole.

2.5 Conclusioni del Capitolo: La Risposta nel PSN 2025

Il **Piano Sanitario Nazionale 2025** impone di intervenire su questi dati **attraverso la Prescrizione Sociale.**

L'attività dell'Associazione, applicando il **Codice della Crisi**, opera un **Riequilibrio Solidale: eliminando il debito inerte**, restituiamo alle famiglie il reddito necessario per tornare a curarsi, **disinnescando la bomba sociale dell'usura e restituendo legalità e sicurezza a ogni distretto dell'ASP di Catania.**

2.6 Analisi georeferenziata e statistica dei Distretti Socio-Sanitari dell'ASP Catania

La provincia di Catania presenta una frammentazione socio-economica profonda, dove la vulnerabilità materiale agisce come principale barriera all'equità sanitaria.

Sebbene il PIL pro-capite regionale sia in lieve crescita, la **mediana del reddito disponibile nel catanese resta tra le più basse della Sicilia** (circa 12.200€), con un indice di disuguaglianza che vede il quintile più ricco percepire redditi 12 volte superiori al primo quintile.

2.6.1 Il "Debito da Bisogno": Eziologia di una Patologia Sociale

Prima di analizzare i dati, è necessario definire il concetto di **"Debito da Bisogno", che rappresenta il cuore del problema intercettato dall'Associazione.**

A differenza del debito commerciale o per investimenti, il **debito da bisogno** nasce dall'**insufficienza del reddito** (causata da disoccupazione o **lavoro povero**) a soddisfare i diritti fondamentali.

• **Significato:**

È un indebitamento coatto per la sopravvivenza (acquisto di cibo, pagamento utenze, spese mediche).

• **Effetto Sostituzione:**

Il cittadino utilizza il debito come un ammortizzatore sociale improprio.

Quando il reddito non copre la salute, il debito diventa l'unico modo per curarsi, spingendo il soggetto verso il **contenitore dell'illegalità (usura)** a causa dell'impossibilità di accedere al credito legale.

2.6.2 Conclusioni:

La Risposta nel Piano Sanitario Nazionale 2025 Il PSN 2025 impone di intervenire su questi dati attraverso la **"Prescrizione Sociale"**.

L'attività dell'Associazione, applicando il Codice della Crisi, opera un Riequilibrio Solidale: eliminando il debito inerte, restituiamo alle famiglie il reddito necessario per tornare a curarsi, disinnescando la bomba sociale dell'usura e restituendo legalità e sicurezza a ogni distretto dell'ASP di Catania.

Conclusione del Capitolo

La mappatura dimostra che l'ASP di Catania non può applicare un modello di cura uniforme. Le "Aree di Crisi" necessitano di un intervento che integri la **riabilitazione finanziaria** (esdebitazione) per liberare risorse economiche da destinare alla salute.

Quando il reddito non copre la salute, il debito diventa l'unico modo per curarsi, spingendo il soggetto verso il **contenitore dell'illegalità** (usura) a causa dell'impossibilità di accedere al credito legale.

La Risposta nel Piano Sanitario Nazionale 2025: Il PSN 2025 impone di intervenire su questi dati attraverso la **"Prescrizione Sociale"**.

L'attività dell'Associazione, applicando il Codice della Crisi, opera un Riequilibrio Solidale: eliminando il debito inerte, restituiamo alle famiglie il reddito necessario per tornare a curarsi, disinnescando la bomba sociale dell'usura e restituendo legalità e sicurezza a ogni distretto dell'ASP di Catania.

La mappatura dimostra che l'ASP di Catania non può applicare un modello di cura uniforme.

Le "Aree di Crisi" necessitano di un intervento che integri la **riabilitazione finanziaria** (esdebitazione) per liberare risorse economiche da destinare alla salute.

3. La Risposta Istituzionale: Azione Collegiale ETS e Proposta di Co-programmazione

Quadro Normativo

Legittimazione giuridica dell'integrazione tra tutela del credito e diritto alla salute La proposta operativa dell'Associazione "I Diritti del Debitore", che coinvolge gli altri ETS, **non si configura come un intervento assistenziale isolato, ma come l'attuazione di un'architettura normativa complessa e coerente.**

Essa trova il suo fondamento nell'intersezione tra il **Codice del Terzo Settore**, la **Legislazione Regionale** sui **Consultori** e, soprattutto, **nei nuovi paradigmi** del **Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2025**.

3.1 Il Piano Sanitario Nazionale 2025:

La "Salute nei Determinanti"

Il PSN 2025 segna una svolta epocale, superando la visione biomedica tradizionale per abbracciare **il modello della Salute in tutte le Politiche.**

Il Benessere Economico come LEA:

Il Piano riconosce ufficialmente che l'insufficienza di reddito e il sovraindebitamento sono "determinanti sociali" che impediscono l'esercizio del diritto alla salute.

Per la prima volta, l'azione sanitaria viene estesa alla rimozione degli ostacoli sociali ed economici.

La Prescrizione Sociale (Social Prescribing):

Il PSN 2025 abilita formalmente i medici di medicina **generale e i pediatri** a **"prescrivere"** interventi **non clinici**.

In questo contesto, l'invio del paziente sovraindebitato all'Associazione per una procedura di *Fresh Start* diventa un atto medico-sociale volto a rimuovere la causa della patologia psichica o della rinuncia alle cure.

3.2 La Co-progettazione e l'Amministrazione Condivisa (Artt. 55 e 56 del D.Lgs. 117/2017)

L'interazione tra ASP Catania ed ETS trova la sua disciplina nel Codice del Terzo Settore.

La collaborazione tra l'ASP di Catania e gli Enti del Terzo Settore deve fondarsi sul paradigma dell'**Amministrazione Condivisa**, disciplinato dagli articoli 55 e 56 del Codice del Terzo Settore.

Tale cornice normativa non rappresenta solo una modalità procedurale di affidamento, ma costituisce il "motore giuridico" e *l'architettura istituzionale necessaria per tradurre le linee guida del Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2025 in azioni territoriali concrete e misurabili.*

Oltre la Logica dell'Appalto

Ai sensi dell'**Art. 55**, l'ASP di Catania supera il tradizionale ruolo di "committente" (tipico del Codice dei Contratti Pubblici) per assumere quello di **Partner Istituzionale**.

Procedimento di Co-progettazione:

L'attivazione di questo istituto permette all'ente pubblico e all'ETS di sedersi allo stesso **tavolo per "co-ideare" il servizio.**

Questo approccio è l'unico efficace per affrontare il **Debito da Bisogno: una materia intrinsecamente complessa che richiede una flessibilità operativa e una sensibilità relazionale che la rigida burocrazia dell'appalto non potrebbe garantire.**

Finalità Comune:

L'obiettivo non è la massimizzazione del profitto o il mero risparmio di spesa, ma la realizzazione dell'interesse generale. Si tratta di garantire la tutela della salute attraverso la rimozione proattiva degli ostacoli economico-finanziari che ne impediscono l'esercizio.

3.3 Valore Aggiunto dell'ETS e Sussidiarietà Orizzontale

Sussidiarietà e Specializzazione:

L'Associazione apporta un **know-how specialistico (gestione del sovraindebitamento, mediazione creditizia sociale, applicazione del CCII)** che l'Amministrazione Pubblica non possiede internamente.

Sussidiarietà Orizzontale (Art. 118 Cost.):

La collaborazione garantisce l'efficacia dell'intervento sanitario, agendo sulla "morte civile" del debitore che, grazie all'esdebitazione, riacquista lo status di cittadino avente pieno accesso ai servizi pubblici.

L'Associazione agisce come "ponte" tra il diritto al credito e il diritto alla cura. L'integrazione tecnica tra l'ASP (presa in carico clinica) e l'ETS (bonifica legale della posizione finanziaria) rende efficace l'investimento sanitario pubblico, che altrimenti verrebbe vanificato dalla costante pressione dei creditori sul paziente.

3.4 Il Modello Consultoriale: Dalla L.R. 21/78 al Consultorio Digitale

Evoluzione e Legittimazione Storica:

L'integrazione del servizio all'interno della rete consultoriale siciliana non è una forzatura operativa, ma l'evoluzione naturale della **Legge Regionale 24 luglio 1978, n. 21**. Sebbene tale norma sia nata con un focus prettamente materno-infantile, l'Art. 1 ne definisce la finalità nel **"supporto psicologico e sociale per il benessere della famiglia"**. Oggi, nel 2026, i dati epidemiologici dimostrano **che l'assenza di reddito, la contrazione del potere di acquisto e il sovraindebitamento è la principale causa di disgregazione familiare, violenza domestica e sofferenza psichica.**

Pertanto, la gestione della crisi reddituale e da debito rientra a pieno titolo nelle attività di tutela della famiglia.

Non si può tutelare il minore o la donna se non si mette in sicurezza il "perimetro economico" del nucleo familiare, sottraendolo all'angoscia dell'esproprio o al ricatto dell'usura.

Il D.A. 294/2015 e le "Specifiche Professionalità":

Il Decreto Assessoriale 294/2015 (Riordino dei Consulteri) ha sancito che la dotazione organica minima può essere integrata da "specifiche professionalità" per rispondere a obiettivi di salute emergenti.

L'Associazione Nazionale "I Diritti del Debitore" apporta nei consultori l'esperto OCC (Organismo di Composizione della Crisi) e il consulente del debito (*Debt Advisor*).

Questa integrazione trasforma il consultorio **in un Centro di Riabilitazione Sociale**, dove la risoluzione della crisi da debito diventa un'attività di base per garantire la salute mentale.

Senza la rimozione dello stimolo stressogeno (il debito inesigibile), ogni intervento psicologico tradizionale rischia di fallire, scontrandosi con la realtà materiale del paziente.

3.5 I Consultori Digitali / Consultori Web contro lo Stigma e la Marginalità

Superare lo Stigma attraverso l'Innovazione:

L'Associazione attua le direttive dell'Unione Europea in materia di **Debt Advisory** (Consulenza sul debito) attraverso un modello innovativo di **Consultorio Digitale**.

Il cuore pulsante di questo modello è l'erogazione dei servizi di **Consulenza Legale e Supporto Psicologico via Web**.

Questa scelta strategica risponde a una precisa necessità clinica: **il superamento dello stigma della sconfitta.**

Riduzione dell'Impatto Emotivo, Anonimato e Sicurezza Emotiva:

Il debito da bisogno porta con sé un carico di vergogna, senso di sconfitta e isolamento sociale devastanti.

Il debitore vive spesso in uno stato di profonda vergogna. **L'idea di recarsi fisicamente in un ufficio pubblico per ammettere il proprio "fallimento" economico è una barriera insormontabile.**

I cittadini, schiacciati dal peso del giudizio sociale, arrivano a scegliere l'invisibilità o la vita in strada pur di non mostrare il proprio fallimento finanziario.

Accessibilità e Riservatezza:

L'erogazione dei servizi attraverso il web consente di abbattere le barriere psicologiche dello "stigma".

Il **consultorio online** permette al cittadino di chiedere aiuto dal proprio domicilio garantendo una privacy totale; questo contatto protetto, mediato dallo schermo, riduce l'impatto emotivo iniziale, facilita l'apertura del

paziente e riduce il trauma del "farsi vedere" in uffici pubblici, **accelerando così la presa in carico prima che la crisi diventi irreversibile.**

Contrasto alla Marginalità Estrema:

Molte persone sovraindebitate **scelgono l'auto-isolamento o, nei casi più gravi, la vita in strada per sfuggire ai creditori e al giudizio sociale.**

Attraverso le piattaforme web dell'Associazione, è possibile intercettare questi "invisibili" offrendo loro un primo contatto di cura che non richiede spostamenti fisici, spesso impossibili per chi non ha più nemmeno i mezzi per il trasporto pubblico.

3.6 Il Supporto Psicologico Integrato (L'Approccio Duale)

Il Cuore del PSN 2025:

Una delle innovazioni più significative della nostra proposta, perfettamente allineata al PSN 2025, è l'inscindibilità tra soluzione legale del debito e supporto psicologico. L'Approccio Duale: Senza l'abbinata dei due interventi (giuridico e clinico), il problema del debito da bisogno non viene risolto, ma solo posticipato.

La risoluzione tecnica della crisi finanziaria (esdebitazione) funge da "base sicura" su cui innestare il percorso psicoterapeutico. **Viceversa, il supporto psicologico fornisce al paziente la resilienza necessaria per affrontare il percorso di riabilitazione economica.**

L'integrazione Psicologica Online (Tele-psicologia Sociale):

Anche il supporto psicologico viene erogato via web, gestito da professionisti esperti nel trauma da insolvenza, accompagnando parallelamente la pratica legale per intercettare quegli utenti che, a causa della depressione reattiva da debito, faticano a uscire di casa o a recarsi presso le strutture territoriali dell'ASP.

Questa "doppia corsia" assicura che il cittadino non si senta solo una "pratica da espletare", ma una persona da ricostruire.

Riconoscimento Scientifico e Accademico:

L'alto valore clinico del modello è certificato dal fatto che l'Associazione è **accreditata dal Servizio Sanitario Nazionale per lo svolgimento di tirocini formativi in convenzione con numerose Scuole di Specializzazione in Psicoterapia.**

Questo garantisce che ogni intervento sia supervisionato da standard accademici elevati, trasformando il consultorio in un centro di eccellenza per la cura del trauma da insolvenza.

3.7 Cornici Nazionali: PANSM 2025-2030 e PNES

Il progetto si inserisce nelle direttive della programmazione sanitaria vigente, **elevando l'ASP di Catania a modello di efficienza per l'intera regione.**

PANSM 2025-2030: Verso il Modello One Health:

Il nuovo **Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (PANSM) 2025-2030** riconosce ufficialmente il sovraindebitamento come un **determinante sociale critico.** L'obbligo per le ASP è quello di **superare la frammentazione clinica a favore di un modello One Health, dove la stabilità finanziaria è intesa come preconditione biologica della cura.**

Il dolore economico viene trattato come un dolore fisico: una ferita che va suturata legalmente per permettere la guarigione psichica.

L'Associazione fornisce all'ASP lo strumento per "prescrivere" la legalità finanziaria, **trasformando il Debt Advisor in un operatore di salute pubblica.**

PNES (Programma Nazionale Equità nella Salute):

Il PNES 2021-2027 rappresenta la cornice finanziaria (Fondi di Coesione). Il progetto risponde direttamente all'obiettivo di **"Contrastare la povertà sanitaria"**.

Facilitando l'accesso ai servizi per le popolazioni vulnerabili che, a causa dei debiti, sono attualmente escluse dal sistema, l'ASP garantisce l'equità d'accesso.

Utilizzare il Web per questi servizi significa anche ottimizzare i costi del PNES: meno spese fisse per uffici fisici e più risorse investite in ore di consulenza e supporto clinico specialistico per raggiungere le aree periferiche (Librino, San Giovanni Galermo) e i comuni isolati (Mazzarrone, Maniace).

3.8 Gestione Democratica, Gratuità e La "Porta d'Ingresso" Specializzata Gestione Democratica ed Etica degli ETS:

Gli ETS operano secondo i principi di **trasparenza, democraticità e partecipazione** propri degli Enti del Terzo Settore (ETS).

L'assenza di scopo di lucro garantisce che l'unico obiettivo sia l'interesse generale.

La gestione dei fondi e delle attività è soggetta a rendicontazione sociale, assicurando all'ASP che **ogni euro investito generi un ritorno sociale misurabile (SROI).**

Programma di Attività e Gratuità:

La metodologia proposta soddisfa i criteri di pubblicità dei bilanci e prevede l'**erogazione totalmente gratuita** del servizio per l'utente finale.

Il cittadino in crisi non deve pagare per essere salvato; il costo del servizio è sostenuto dalla co-progettazione ASP-ETS, garantendo che anche chi ha "reddito zero" possa accedere alla miglior difesa legale e psicologica possibile.

Integrazione Pubblico-Privato:

La "Porta d'Ingresso" Specializzata:

Il modello dell'Associazione non si sostituisce al servizio pubblico, ma lo **potenzia. Funge da "filtro intelligente" o "porta d'ingresso" specializzata.**

L'utente viene intercettato sul Web; Viene valutato legalmente e psicologicamente; Viene poi "re-immesso" nel sistema sanitario pubblico con una posizione debitoria in via di risoluzione, rendendo il paziente più ricettivo alle terapie e meno gravoso per i servizi d'emergenza.

3.9 La Proposta in Subordine ai sensi dell'Art. 55

Sebbene l'intero Piano d'Azione scaturisca dalle direttive nazionali, l'Associazione presenta questo documento anche come **proposta di coprogettazione autonoma (iniziativa di parte)** ai sensi dell'Art. 55 comma 3 del D.Lgs. 117/2017.

Efficacia Amministrativa:

La proposta funge da atto d'impulso istituzionale.

L'obiettivo è trasformare **il bisogno da debito** dei pazienti ASP da **"costo sociale invisibile" a "modello di gestione integrata"**, certificando la conformità dell'azione dell'ASP Catania ai più elevati standard di trasparenza, partecipazione e innovazione previsti dalla legge.

Commento Strategico:

Questa stesura esalta il ruolo dei Consulenti Web non come una scelta di ripiego, ma come una strategia clinica e sociale mirata per intercettare il sommerso.

Sottolineare la convenzione con le Scuole di Specializzazione dà all'Associazione un'autorevolezza scientifica indiscutibile, rendendola il partner ideale per un'ASP che voglia attuare il PSN 2025 con serietà e visione.

Il messaggio è chiaro: non stiamo solo gestendo carte esattoriali, **stiamo ricostruendo l'equilibrio psichico del cittadino partendo dalla sua dignità economica.**

3.10 Conclusioni:

Verso una Nuova Legalità Sanitaria Sintesi Strategica per l'Azienda:

Inquadrare il progetto in questa cornice normativa significa **passare da una sanità "reattiva" a una Sanità Rigenerativa.**

L'ASP di Catania, recependo proattivamente il PSN 2025, si pone come avanguardia: non si limita a curare la malattia, ma interviene sulla **"ingiustizia reddituale"** che la genera, garantendo che nessuna assenza di reddito **possa mai valere più della vita e della salute di un cittadino.**

L'adozione di questa proposta organizzativa nell'erogazione del servizio consente all'ASP di Catania di porsi come **capofila in Italia** nell'attuazione dei decreti 2025-2026.

Non si tratta di un semplice adempimento burocratico di contrasto alla povertà, ma di un'azione strutturata di **Giustizia Sanitaria.**

Attraverso il web, portiamo la dignità direttamente nelle case (o nei telefoni) di chi ha perso tutto, dimostrando che lo Stato è presente anche quando il cittadino si sente invisibile.

4. Modalità di Erogazione del Servizio: Il Modello "Hub della Dignità"

Dall'intercettazione del bisogno alla riabilitazione integrale:

La Prescrizione Sociale

Il cuore pulsante del Piano Strategico è l'**Hub della Dignità**, un modello evoluto di **One-Stop-Shop (punto unico di accesso)** che supera la frammentazione dei servizi tradizionali.

L'Hub non si limita a erogare prestazioni, ma agisce come un **"acceleratore di diritti"**, integrando competenze legali, economiche e bio-psicosociali per rispondere alla complessità della povertà sanitaria e dell'insufficiente potere di acquisto e dal sovraindebitamento patologico.

4.1 Architettura dell'Hub:

L'Ecosistema Phygital (Fisico e Digitale)

L'Hub è concepito come un ecosistema multiprofessionale fluido, capace di raggiungere il cittadino ovunque si trovi, abbattendo le barriere geografiche e, soprattutto, quelle psicologiche legate allo stigma della povertà.

• Il Presidio Fisico (Corso Sicilia 10, Catania):

La sede centrale funge da "Centro di Comando" e accoglienza di secondo livello. Qui, l'equipe dell'ETS — avvocati esperti in CCII (Codice della Crisi), psicologi psicoterapeuti operano in un ambiente *de-medicalizzato*.

L'obiettivo è creare uno spazio neutro dove il cittadino non si senta un "numero di matricola" o un "paziente moroso", ma una persona in fase di riabilitazione.

Oltre alla sede centrale, possono essere previsti **Sportelli di Prossimità Itineranti o affidati ai Professionisti di Territorio** presso i distretti Socio Sanita, per intercettare il bisogno nelle aree rurali dove l'isolamento aggrava l'indebitamento.

- **La Piattaforma Digitale di Triage Remoto:**

In linea con le direttive sulla Sanità Digitale, l'Hub attiva portali specifici (es. *psicologo-sociale.it* *consultorio-famiglie.it*) progettati per il primo contatto protetto.

La piattaforma web non è un semplice sito informativo, ma uno strumento di **Tele-consulenza Integrata**.

Attraverso il web, l'utente può comunicare propria sofferenza economica in totale sicurezza (crittografia end-to-end), riducendo il trauma del confronto *vis-à-vis* nelle fasi iniziali di vergogna acuta.

Il sistema permette un monitoraggio costante dei "Progetti di Vita", **con una dashboard condivisa tra consulente legale e supporto psicologico**.

4.2 Il Protocollo di "Prescrizione Sociale":

La Rivoluzione del Flusso

La vera innovazione del modello risiede nella Prescrizione Sociale, l'atto formale con cui il personale dell'ASP di Catania riconosce che la "causa della malattia" è esterna al perimetro biologico del paziente.

- **Il Meccanismo Diagnostico:**

Quando un Medico di Medicina Generale (MMG), un Pediatra di Libera Scelta (PLS) o un operatore del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) rileva segnali sentinella di "reddito insufficiente" e "stress da debito" — quali ansia reattiva persistente, insonnia da preoccupazione finanziaria, o la drammatica rinuncia all'acquisto di farmaci essenziali — **attiva il protocollo**.

- **La "Ricetta della Dignità":**

L'operatore compila la Scheda di Accoglienza Integrata.

Tale scheda funge da "impegnativa sociale" che abilita l'Associazione alla presa in carico immediata.

Il flusso è bidirezionale: l'Associazione garantisce al medico un feedback costante (es. *"Procedura di esdebitazione avviata con successo"*), permettendo al clinico di modulare la terapia in base all'abbassamento dei livelli di stress ambientale del paziente.

Lo User Journey:

Le Quattro Fasi della Rinascita

Il percorso del cittadino all'interno dell'Hub è strutturato in fasi cronologiche e interconnesse, volte a garantire un passaggio fluido dal trauma alla stabilità.

1. Triage del Bisogno (Entry Gate):

In questa fase, l'accoglienza multiprofessionale distingue l'urgenza sanitaria (che resta in capo ai presidi ASP) dal bisogno economico latente.

Viene effettuata una prima valutazione della "tossicità del debito" sulla salute del nucleo familiare.

2. Diagnosi Finanziaria e Clinica Sincrona:

Mentre l'avvocato analizza la massa debitoria per verificare la percorribilità del **Fresh Start** (es. Liquidazione controllata o Ristrutturazione del debito del consumatore), **lo psicologo dell'Associazione redige il profilo di vulnerabilità psichica.**

Questa fase serve a certificare il nesso causale tra assenza di reddito debito e patologia, elemento fondamentale anche per la tutela legale del debitore incolpevole.

3. Azione di Esdebitazione (Core Action):

È la fase tecnica di applicazione del Codice della Crisi.

L'Associazione agisce per abbattere il debito inerte, sospendere le procedure esecutive (pignoramenti) e **liberare il reddito minimo necessario per la vita dignitosa.**

Questo atto "liberatorio" ha effetti immediati sulla salute mentale: è la rimozione del fattore patogeno.

4. Ritorno alla Cura (Follow-up):

Una volta "bonificato" il contesto economico, l'Hub ri-accompagna formalmente il cittadino ai servizi ASP.

Con il reddito liberato, il paziente torna ad acquistare i farmaci, si sottopone agli screening preventivi e riacquista l'aderenza terapeutica (compliance).

4.3 Il Budget di Salute (BdS) e la Governance del Tavolo Tecnico

Per i casi di vulnerabilità estrema (es. nuclei con minori o disabili in cui il debito ha azzerato ogni risorsa), l'Hub utilizza il **Budget di Salute (BdS)**, come previsto dal **PANSM 2025**.

• BdS come Leva Riabilitativa:

Il Budget di Salute non è un sussidio monetario, ma una dote finanziaria finalizzata al "Progetto di Vita".

Può essere utilizzato per coprire i costi vivi della procedura legale (contributi unificati, marche da bollo), per mediare con piccoli creditori o per facilitare l'accesso logistico alle cure.

È lo strumento che rende possibile il "Nuovo Inizio" laddove la povertà è assoluta.

• Governance e Monitoraggio:

Viene istituito un **Tavolo Tecnico Permanente** tra la Direzione dell'ASP e il coordinamento degli ETS.

Il Tavolo ha il compito di:

- Validare i singoli Progetti di Vita finanziati dal BdS.
- Monitorare gli indicatori di impatto (KPI) definiti nel piano. o Aggiornare costantemente la mappatura dei bisogni in base ai flussi dell'Hub.

Sintesi Operativa per la Direzione

L'Hub della Dignità trasforma l'insolvenza da "problema privato/legale" a questione di salute pubblica.

Implementando questo modello, l'ASP di Catania non si limita a erogare assistenza, ma agisce chirurgicamente sulle cause profonde delle disuguaglianze.

Il risultato è una riduzione netta della cronicità indotta, un minor ricorso improprio alle emergenze e la restituzione di migliaia di cittadini alla legalità economica e alla dignità sociale.

Modalità di Erogazione del Servizio: Il Modello "Hub della Dignità"

Il servizio sarà erogato attraverso l'**Hub della Dignità**, un *One-Stop-Shop* Phygital (fisico e digitale) che integra in modo sincrono le competenze legali, economiche e cliniche necessarie.

Le attività operative seguono fedelmente la Scheda Progetto PNES:

- **La Prescrizione Sociale (Triage):** I Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri (PLS), adeguatamente formati, agiscono da "sentinelle". Rilevato lo stress finanziario, compilano la "Scheda di Accoglienza Integrata", vera e propria prescrizione sociale che attiva la nostra presa in carico.
- **Diagnosi Duale Sincrona:** Mentre l'avvocato valuta la percorribilità dell'esdebitazione (*Fresh Start*), lo psicologo dell'Associazione redige il profilo di vulnerabilità psichica. Questo doppio binario è essenziale per la cura del trauma.
- **Il Budget di Salute (BdS):** Per le situazioni di povertà estrema, si prevede l'attivazione del Budget di Salute (in linea con il PANSM 2025) inteso come dote finalizzata al Progetto di Vita (es. per coprire i costi procedurali o logistici ineludibili).
- **Linee di Intervento (1, 2, 3):** Integrazione delle tre linee progettuali:
 - la *Linea 1* (Formazione degli operatori),
 - la *Linea 2* (Facilitazione accesso e presa in carico, fulcro del nostro intervento),
 - la *Linea 3* (Mediazione di sistema con gli altri attori territoriali).

5. Il Piano Formativo Quinquennale e le Strategie di Outreach

L'ASP di Catania, in linea con la **Linea di Intervento 1** della Scheda Progetto e le direttive del **PANSM 2025-2030**, promuove un programma di **Formazione Continua in Sanità (ECM) volto a dotare i professionisti degli strumenti necessari per intercettare, diagnosticare e trattare il trauma da assenza di potere di acquisto o da sovraindebitamento.**

L'obiettivo è trasformare l'operatore **da testimone della crisi a motore della "Prescrizione Sociale"**.

5.1 Destinatari e Visione Strategica

Il programma formativo è strutturato per creare una rete multiprofessionale di "**Sentinelle**", **individuate tra i professionisti dell'ASP che gestiscono quotidianamente la vulnerabilità.**

- **Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS):** Primi terminali della sofferenza psicosomatica.
- **Assistenti Sociali e Sociologi dei Distretti Socio-Sanitari:** Professionisti dipendenti dai servizi sociali incaricati della presa in carico territoriale.
- **Operatori dei Consulenti e dei DSM:** Figure chiave per l'integrazione tra supporto psicologico e legale.

5.2 Articolazione dei Moduli Didattici Specialistici

Il percorso si articola in tre macro-aree fondamentali, progettate per fornire una risposta tecnica e umana alla assenza di reddito, alla diminuzione del potere di acquisto e al **"bisogno da debito"**:

A) Riconoscimento dello Stress Finanziario e Diagnosi Duale

Questo modulo mira a fornire competenze tecniche e cliniche per identificare le correlazioni tra insufficiente potere di acquisto, bisogno da debito e povertà sanitaria prima che diventi cronica:

- **Semiotica del debito:** Formazione sul riconoscimento dei segnali predittivi (disturbi del sonno, ansia reattiva, trascuratezza dell'igiene, mancata aderenza alle terapie).
- **Focus Pediatrico:** Analisi dell'impatto del debito familiare sullo sviluppo neuropsichico e sulla serenità dei minori (modulo specifico per PLS).
- **Triage della Vulnerabilità:** Utilizzo di brevi questionari di screening economico-sociale da somministrare durante la visita clinica.

• B) Il "Farmaco Legale":

Strumenti di Protezione e Codice della Crisi

Modulo tecnico affidato ad **Avvocati e Commercialisti specializzati** nella gestione della crisi da debito:

- **Applicazione del CCII (D.Lgs. 14/2019):** Inquadramento dell'esdebitazione come strumento di sanità pubblica e non solo giuridico.
- **Procedure di "Fresh Start":** Approfondimento tecnico sulla ristrutturazione dei debiti e sulla liquidazione controllata per restituire ossigeno finanziario al nucleo familiare.
- **Riequilibrio Solidale:** Differenziazione tra debito gestibile e sovraindebitamento patologico (**debito da bisogno**).

C) Procedure di Invio e Rete Territoriale

Definizione dei flussi operativi tra l'ASP e l'ETS per garantire l'efficacia dell'intervento:

- **Attivazione dell'Hub della Dignità:** Procedure per l'invio protetto del paziente dal presidio sanitario all'equipe legale.
- **Modulistica Integrata:** Utilizzo della **scheda di "Prescrizione Sociale"** e gestione della privacy nel passaggio dei dati tra medico e gestore della crisi.
- **Feedback Bidirezionale:** Protocolli di comunicazione periodica sull'andamento della procedura di esdebitazione e sul miglioramento dello stato di salute del paziente.

5.3 Il Supporto Psicologico Specializzato

Una sezione specifica e centrale è dedicata al **Dipartimento di Supporto Psicologico**, che opera da oltre tre anni in questo settore.

- **Docenza Clinica:** Psicologi specializzati, esperti in traumi da insolvenza, formano i discenti sulla gestione della vergogna e dell'isolamento.
- **Convenzioni Accademiche:** La qualità dell'intervento è garantita dai tirocini erogati in convenzione con numerose **Scuole di Specializzazione in Psicoterapia**.
- **Obiettivo Clinico:** Senza l'abbinata tra soluzione del debito (Avvocati/Commercialisti) e supporto psicologico, non è possibile risolvere la radice della patologia. Lo psicologo aiuta il paziente a superare lo stigma, mentre il legale rimuove la causa dello stress.

Tabella Operativa per l'intercettazione precoce del bisogno.

Modulo	Argomenti	Ore (Ciclo)	Docenti	Target Discenti
A	Diagnosi Duale & Stress Finanziario	20h + richiami	Psicologi Psicoterapeuti	MMG, PLS, Operatori DSM
B	Codice della Crisi (CCII) & Fresh Start	40h + richiami	Avvocati e Commercialisti	Assistenti Sociali, Amm.
C	Procedure di Invio & Rete Territoriale	12h	Coordinatori Progetto	Personale Front-office

5.4 Cronoprogramma Quinquennale delle Attività (2024-2029)

Il piano segue rigorosamente lo schema temporale previsto per il progetto:

Annualità	Attività Formativa	Ore Previste	Target Docenti
2024	Procedure di selezione e avvio formazione	40 ore	Esperti CCII e Psicologi
2025	Percorso formativo per operatori sanitari ASP	40 ore	Avvocati/Commercialisti/Psicologi
2026	Richiamo semestrale e monitoraggio prestazioni	16 ore	Gestori della Crisi / DSM
2027	Analisi periodica risultati e aggiornamento CCII	16 ore	Coordinamento ETS e ASP
2028	Formazione avanzata su "Progetti di Vita"	16 ore	Esperti Budget di Salute
2029	Valutazione finale e consolidamento rete	16 ore	Direzione UOC Servizio Sociale

5.5 Modalità di Erogazione e Valutazione

- **Blended Learning:** Utilizzo di webinar sincroni (12 ore) per la parte normativa e workshop residenziali (8 ore) per le simulazioni pratiche di colloquio.
- **Consultorio Web:** Formazione sull'utilizzo delle piattaforme digitali per ridurre l'impatto emotivo degli utenti che provano vergogna nel recarsi fisicamente presso gli sportelli.
- **Monitoraggio ECM:** Valutazione dell'apprendimento tramite test a risposta multipla e monitoraggio a 6 mesi dell'efficacia delle "Prescrizioni Sociali" emesse.

Sintesi per la Direzione

Formare le "Sentinelle" significa prevenire il suicidio, contrastare l'usura e restituire dignità al cittadino. Questo piano quinquennale, assicura che l'ASP Catania diventi un modello regionale di integrazione tra giustizia e salute.

6.0 Piano d'Azione Distrettuale:

Tabelle operative e obiettivi per comune.

La Sanità di Prossimità come Antidoto all'Esclusione

L'architettura dell'intervento si fonda sul superamento della "distanza" tra istituzione e cittadino, agendo su tre direttrici complementari:

- **presenza fisica**
- **unità mobili**
- **mediazione di sistema.**

Ogni distretto, in base al proprio Indice di Vulnerabilità Materiale e Sociale (IVSM), riceverà un mix operativo personalizzato.

6.1 Modelli Operativi di Aggancio Territoriale

A) Il Presidio Fisico: "L'Hub della Dignità"

Nei centri ad alta densità abitativa come il **Distretto di Catania (D16)**, la presenza fisica è fondamentale per offrire un punto di riferimento stabile.

- **Sportelli Integrati:** Non semplici uffici, **ma spazi di co-progettazione tra ASP ed ETS situati in punti strategici (es. Corso Sicilia).**
- **Funzione:** Garantire il triage legale e psicologico immediato per i cittadini segnalati dai servizi sociali o dai medici locali.

B) Unità Mobili e "Motorhome della Salute"

Per le aree interne e i comuni montani come quelli del **Distretto di Bronte (D15)** o del **Calatino (D13)**, l'Outreach si sposta su gomma.

- **Azione:** Un'unità mobile attrezzata funge da consultorio itinerante per raggiungere chi, a causa dell'insufficienza di reddito o della mancanza di mezzi, non può raggiungere i poli urbani.
- **Integrazione:** L'unità mobile staziona presso le piazze principali o in prossimità dei mercati rionali, abbattendo lo stigma e portando l'informazione sul "Fresh Start" direttamente a domicilio.

C) Mediazione di Sistema e "Sentinelle di Quartiere"

Nei distretti con forte disgregazione sociale, come **Paternò (D18)**, la strategia punta sulla rete umana.

- **Coinvolgimento:** Formazione dei farmacisti, parroci e referenti del terzo settore come "Antenne" capaci di intercettare il debito da bisogno prima che sfoci in usura.
- **Prescrizione Sociale:** Il Medico di Base diventa il perno del sistema, "prescrivendo" l'intervento dell'Hub non appena rileva segnali di stress finanziario.

6.2 Cronoprogramma Quinquennale delle Attività (2024-2029)

In linea con il piano finanziario approvato, le attività di Outreach e localizzazione seguono una progressione temporale rigorosa per garantire la sostenibilità del modello:

Periodo	Azione Strategica	Obiettivo Operativo
2024-2025	Start-up e Mappatura	Selezione dei partner per l'Outreach e avvio dei primi sportelli distrettuali.
2026	Espansione Territoriale	Attivazione delle unità mobili nei distretti rurali e consolidamento dei flussi di invio.
2027-2028	Messa a Regime	Monitoraggio semestrale delle prestazioni erogate e affinamento dei modelli organizzativi.
2029	Consolidamento e Rating	Valutazione finale degli esiti e stabilizzazione della rete delle Tabella Operativa per Comune e distretto.

6.3 Integrazione Digitale: Il Consultorio Web

Per massimizzare l'efficacia dell'Outreach, la presenza fisica è supportata da una forte infrastruttura digitale.

- **Accesso Remoto:** Il cittadino che prova vergogna o che vive in comuni isolati può accedere al primo triage legale e psicologico via web.
- **Monitoraggio:** La piattaforma permette all'ASP di monitorare in tempo reale i bisogni emergenti per distretto, riallocando le risorse mobili dove la "bomba sociale" del debito è più instabile.

Sintesi Strategica

L'obiettivo finale è la creazione di un **ecosistema di tutela** dove la localizzazione degli interventi non è solo logistica, ma politica.

Portare l'esdebitazione e il supporto psicologico in ogni angolo della provincia di Catania **significa sottrarre terreno all'illegalità e restituire il diritto alla salute a chi è rimasto indietro.**

6.2 Obiettivi di Aggancio per il Primo Anno (Targeting)

Sulla base dei dati di vulnerabilità precedentemente analizzati e in coerenza con il cronoprogramma che prevede l'avvio delle procedure di selezione e la formazione degli operatori, si fissano i seguenti obiettivi minimi di **aggancio** (primo contatto qualificato, triage bio-psicosociale e presa in carico preliminare):

• **Distretto di Catania (D16) – Target: 500 nuclei familiari**

- o **Focus:** Periferie urbane (Librino, San Giovanni Galermo) e zone ad alta densità debitoria del centro storico.
- o **Strategia:** Presidio fisso presso l'Hub centrale e attivazione di sportelli di prossimità presso i poli sociali di quartiere.
- o **L'obiettivo è contrastare l'usura come "welfare sostitutivo" in contesti di povertà estrema.**

• **Distretto di Paternò (D18) – Target: 150 nuclei familiari**

- o **Focus:** Disoccupazione giovanile e crisi del comparto commerciale/agricolo.
- o **Strategia:** Azioni di outreach presso i centri per l'impiego e le associazioni di categoria.
- o **L'intervento mira a intercettare il "debito da bisogno" delle giovani famiglie e delle micro-imprese in fase di sofferenza finanziaria.**

• **Distretto di Caltagirone (D13) – Target: 150 nuclei familiari**

- o **Focus:** Povertà rurale, isolamento geografico e scarsa accessibilità ai servizi centralizzati.
- o **Strategia:** Utilizzo di unità mobili (Motorhome della Salute) che opereranno su base settimanale nei comuni più distanti (es. San Cono, Mazzarrone), integrando il supporto legale con il supporto psicologico via web per ridurre l'impatto dello stigma in comunità ristrette.

• **Distretto di Bronte (D15) – Target: 150 nuclei familiari**

- o **Focus:** Crisi della micro-impresa agricola/artigiana e delle famiglie monoreddito.
- o **Strategia:** Mediazione di sistema attraverso il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale locali, formati come "Sentinelle" per riconoscere i sintomi psicosomatici dello stress finanziario nelle aree montane.

• **Distretto di Acireale (D14) – Target: 150 nuclei familiari**

- o **Focus:** Crisi del commercio locale, sovraindebitamento da "lavoro povero" e precarietà del settore turistico-stagionale.
- o **Strategia:** Implementazione dello Sportello Digitale Integrato e dei Consultori Web per garantire l'anonimato e abbattere lo stigma sociale nei centri urbani. Si prevede inoltre un'azione di Ingaggio Attivo tramite unità mobili nelle aree ad alta densità come Aci Catena, in coordinamento con i Medici di Medicina Generale (MMG).
- o **Obiettivo:** Intercettare il "bisogno invisibile" e stabilizzare la posizione finanziaria delle famiglie per ridurre la rinuncia alle cure e prevenire il ricorso improprio alle emergenze sanitarie.

6.3 Strategie di Outreach e Prossimità

Per raggiungere questi obiettivi, il piano prevede un'integrazione tra presenza fisica e strumenti digitali, ottimizzando le risorse umane e tecniche previste nel piano finanziario quinquennale:

1. Questa modalità permette di gestire il primo contatto in anonimato, facilitando l'emersione di chi sceglie l'isolamento per evitare il giudizio della comunità.
2. **La Rete delle "Antenne Territoriali":** Collaborazione attiva con le parrocchie, le farmacie e i centri di ascolto degli ETS locali che, istruiti dagli esperti dell'Associazione, fungono da punti di raccolta della domanda di aiuto, indirizzando il cittadino verso i flussi protetti dell'Hub.

6.4 Cronoprogramma e Valutazione delle Prestazioni

Come indicato nel documento di pianificazione, l'attività di aggancio sarà soggetta a un monitoraggio rigoroso:

- **Monitoraggio Semestrale:** Ogni sei mesi verrà redatto un documento contenente i risultati della misurazione periodica delle prestazioni erogate.
- **Validazione degli Esiti:** Il tavolo tecnico verificherà la stabilità degli esiti dei modelli organizzativi applicati, confrontando il numero di agganci con la riduzione della rinuncia alle cure nei distretti interessati.
- **Richiami Annuali:** La formazione continua degli operatori garantirà che le strategie di outreach rimangano efficaci e aggiornate rispetto alle evoluzioni del sovraindebitamento territoriale.

Sintesi per la Direzione

Il raggiungimento di questi agganci nel primo anno permetterà all'ASP di Catania di mappare con precisione millimetrica la "geografia del bisogno", trasformando il risparmio derivante dalla prevenzione in nuove risorse per la salute mentale e l'equità sociale della provincia.

6.5 Tabella Operativa Quinquennale per Comune (2024-2029)

Questa tabella definisce la strategia d'attacco per ogni nodo territoriale, integrando le attività di **co-progettazione** tra ETS e ASP per il periodo che si estende fino al 31 dicembre 2029.

Comune	Azione Prioritaria	Strumento Operativo	Focus Strategico
Catania (D16)	Sportello di Prossimità	Hub Centrale (C.so Sicilia 10)	Periferie urbane (Librino) e alta densità debitoria.
Acireale (D14)	Facilitazione Accesso	Sportello Digitale / PTA	Crisi del commercio e del lavoro stagionale turistico.
Paternò (D18)	Unità Mobile	Motorhome della Salute	Mercati rionali, piazze e contrasto alla disoccupazione.
Caltagirone (D13)	Outreach Domiciliare	Agenti di Prossimità	Povertà rurale, isolamento geografico e anziani soli.
Bronte (D15)	Presidio Multiprof.	Sportello presso PTA	Crisi della micro-impresa agricola e artigianale.
Aci Catena (D14)	Ingaggio Attivo	Unità Mobile / MMG	Hotspot di povertà sanitaria e vulnerabilità abitativa.
Misterbianco (D16)	Mediazione di Sistema	Protocollo Servizi Sociali	Integrazione con il welfare comunale per nuclei numerosi.

6.6 Analisi delle Strategie di Intervento

Il piano operativo non è statico, ma prevede una **revisione periodica** basata sui risultati delle prestazioni erogate.

A) L'Integrazione Phygital (Fisica e Digitale)

Nelle aree urbane come **Catania** e **Misterbianco**, la strategia punta sulla visibilità fisica per normalizzare l'accesso alla consulenza sul debito.

Parallelamente, in comuni come **Belpasso**, si privilegia lo strumento digitale (siti web e tele-sostegno) per permettere a chi prova vergogna o vive in contesti sociali ristretti di chiedere aiuto in totale riservatezza.

B) Il Motorhome come Consultorio Itinerante

Per i distretti di **Paternò** e **Caltagirone**, l'unità mobile funge da ponte verso l'Hub centrale. Non è solo un punto informativo, ma un luogo dove avviare la **diagnosi finanziaria** e il supporto psicologico immediato, portando la **"Sanità della Dignità"** direttamente nei luoghi della vita quotidiana (mercati, piazze).

C) Monitoraggio e Qualità dell'Intervento

Come previsto dal cronoprogramma, ogni azione sarà soggetta a:

- **Valutazione degli esiti:** Analisi semestrale dell'impatto dei modelli organizzativi sui bisogni della comunità.
- **Feedback costante:** Collaborazione nella redazione di documenti contenenti i risultati della misurazione periodica.

Sintesi per la Direzione

L'implementazione di questa tabella trasforma l'ASP di Catania in un'organizzazione "liquida", capace di presidiare il territorio non solo per curare le malattie, ma per rimuovere **le cause sociali ed economiche che le generano.**

La capillarità è l'unica difesa efficace contro il "contenitore dell'illegalità" e l'insicurezza sociale che ne deriva.

6.7 Integrazione della Linea 2 (Outreach) con la Medicina Territoriale

Per raggiungere efficacemente i nuclei familiari nelle aree interne (Nebrodi, Etna, Calatino) e nelle periferie urbane degradate (Librino, San Giovanni Galermo), la strategia di Outreach agirà in stretta sinergia con i medici locali e le farmacie secondo un modello di **"Ingaggio Attivo"**.

6.7.1 Il Motorhome della Salute Finanziaria: La Clinica Mobile

Nelle aree interne del distretto di **Bronte (D15)** e nelle zone periferiche di **Catania (D16)**, un'unità mobile attrezzata (Motorhome) **stazionerà presso gli studi medici o le farmacie in orari concordati.**

- **Accompagnamento Fisico:** Il Medico di Medicina Generale (MMG), durante la visita clinica, qualora rilevi un bisogno economico urgente o un trauma da debito, potrà "accompagnare" fisicamente il paziente al Motorhome.

- **Triage Immediato:** All'interno dell'unità mobile, l'equipe dell'ETS effettuerà il primo triage legale e psicologico in un ambiente protetto e demedicalizzato, riducendo lo stigma sociale.

6.7.2 L'Agente di Prossimità e il Triage Domiciliare

In linea con il **Programma Nazionale Equità nella Salute (PNES)**, gli operatori degli ETS agiranno come agenti di prossimità.

Contesto Protetto: Il momento della consegna a domicilio diventa l'occasione per somministrare il triage sul sovraindebitamento in un contesto dove la persona si sente protetta e meno giudicata.

- **Intercettazione del Bisogno Sommerso:** Questa modalità permette di far emergere situazioni di crisi finanziaria estrema che il cittadino, per vergogna o disperazione, non avrebbe mai denunciato presso gli sportelli pubblici.

6.7.3 Digital Outreach e Hotline per le Aree Interne

Per i comuni più isolati (es. Maniace, San Cono, Mazzarrone), la tecnologia colma il divario geografico attraverso strumenti di tele-consulazione.

- **Linea Diretta (Hotline):** I medici locali avranno accesso a una linea diretta con gli esperti dell'Associazione (Avvocati CCII e Psicologi) per richiedere consulenze immediate in favore di pazienti con ideazione suicidaria o depressione grave legata ai debiti.

- **Supporto Decisionale:** L'MMG riceve supporto tecnico-legale per inquadrare la situazione debitoria del paziente, potendo così offrire una speranza concreta di risoluzione (Fresh Start) già durante il colloquio clinico.

6.4 Cronoprogramma Operativo Quinquennale (2024-2029)

Il piano di Outreach segue una progressione semestrale rigorosa, per garantire la stabilità degli esiti dei modelli organizzativi.

Annualità	Fase Operativa	Azione di Outreach	Monitoraggio
2024-2025	Start-up	Selezione e formazione delle "Sentinelle" (MMG/PLS).	Definizione dei protocolli di invio.
2026	Implementazione	Attivazione semestrale del Motorhome nei distretti D13 e D15.	Analisi periodica delle prestazioni erogate.
2027-2028	Messa a Regime	Estensione del Digital Outreach a tutta la provincia.	Valutazione della riduzione della povertà sanitaria.
2029	Consolidamento	Stabilizzazione della rete territoriale e rendicontazione finale.	Documento finale sui risultati del modello.

Sintesi Operativa Distrettuale

L'azione coordinata tra sportelli fisici, unità mobili e medici di base garantisce che nessun cittadino della provincia di Catania resti escluso dal percorso di **"Fresh Start"**.

La capillarità è la risposta dell'ASP al "contenitore dell'illegalità": laddove lo Stato è presente con soluzioni concrete (esdebitazione e supporto psicologico), l'usura e la devianza perdono terreno.

Questo modello operativo trasforma il debito da "problema privato" a "questione di salute pubblica", ottimizzando le risorse del FSE e garantendo la dignità della persona.

7 Sostenibilità e Indicatori di Impatto

7.1 Il Modello SROI e il Valore Generato per il Sistema Sanitario Regionale

L'efficacia del Piano **"Salute, Legalità e Dignità"** non si esaurisce nella mera erogazione delle prestazioni, ma si qualifica per la sua capacità intrinseca di generare un impatto sistemico misurabile attraverso la rimozione dei determinanti sociali avversi.

L'investimento complessivo, in quest'ottica, non rappresenta un costo, ma una potente leva riabilitativa per l'intero welfare locale.

La valutazione del successo del progetto, che si estenderà in maniera continuativa fino al **31 dicembre 2029**, seguirà una rigorosa analisi basata sulla metodologia dello **SROI (Social Return on Investment)**.

Questo strumento permette di tradurre i risultati sociali, legali e clinici in indicatori economici trasparenti e oggettivi per l'Azienda Sanitaria.

Oltre al semplice risparmio monetario, gli studi internazionali su **progetti di contrasto alla povertà – condotti da istituzioni autorevoli come la London School of Economics e il WHO (World Health Organization)** – dimostrano un dato inequivocabile: per ogni euro investito in interventi di supporto sociale e legale integrato, il ritorno per la collettività oscilla tra i **2,50€ e i 4,00€**.

Tale imponente valore aggiunto per il SSR è generato da tre fattori chiave:

- **Riduzione della Spesa Sanitaria Diretta**: Diminuzione degli accessi impropri in Pronto Soccorso per patologie psicosomatiche e contrazione della spesa farmaceutica legata a stati ansioso-depressivi cronici.
- **Aumento della Produttività Sociale**: L'esdebitazione tramite il "Fresh Start" permette al cittadino di rientrare nel circuito del lavoro legale, trasformandosi da mero "costo sociale" passivo a contribuente attivo.
- **Prevenzione dei Costi di Emergenza**: Risparmio vitale sui costi di ospedalizzazione psichiatrica e sugli interventi legati a tentati suicidi o episodi di violenza domestica scaturiti da tensioni economiche insopportabili.

7.2 Gli Indicatori di Impatto (KPI) e l'Analisi Costi-Benefici

Per valutare l'efficacia del progetto nel biennio di piena operatività (coincidente con le fasi di espansione territoriale del cronoprogramma), il monitoraggio dell'impatto si strutturerà su misurazioni semestrali rigorose.

Il sistema di valutazione seguirà una declinazione analitica dei KPI (**Key Performance Indicators**):

1. **Impatto Legale-Finanziario**: Misurazione del numero di procedure di sovraindebitamento (ex CCII) avviate e concluse con successo ("Fresh Start"). L'obiettivo è quantificare la capacità dell'equipe di avvocati e commercialisti nel trasformare il "debito inerte" in "reddito disponibile" per la salute.
2. **Impatto Sanitario e Accessibilità**: Riduzione percentuale della "Rinuncia alle Cure" all'interno dei nuclei familiari presi in carico, con un target di riduzione del **25%** già nel primo anno di intervento diretto.
3. **Benessere Psicico e Validazione Clinica**: Somministrazione delle scale testologiche **PHQ-9 (Patient Health Questionnaire)** e **GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder)**. La rilevazione *ante* e *post* percorso di esdebitazione misurerà oggettivamente l'abbattimento dei sintomi ansioso-depressivi derivanti dallo stress finanziario.

4. **Aderenza Terapeutica (Compliance):** Incremento del numero di ricette farmaceutiche spedite e visite specialistiche effettuate dai pazienti "esdebitati", che segna il ritorno alla prevenzione del cittadino che non è più costretto a scegliere tra il pasto e il farmaco.

Area di Impatto	Indicatore (KPI)	Obiettivo (Target 5 anni)
Efficacia Legale	Numero di procedure di esdebitazione (<i>Fresh Start</i>) concluse con successo.	> 50% dei casi presi in carico
Aderenza Terapeutica	Incremento della <i>compliance</i> farmacologica e dei controlli preventivi nei pazienti esdebitati.	+ 30% rispetto al baseline
Salute Mentale	Riduzione del punteggio medio nelle scale di stress finanziario e ansia reattiva.	- 40% dopo 12 mesi dal Triage
Impatto Territoriale	Numero di "Prescrizioni Sociali" effettuate dai MMG/PLS formati.	> 1.000 prescrizioni/anno

L'Efficienza del "Fresh Start": De-compressione e Abbattimento dei Costi

La risoluzione della crisi finanziaria del cittadino produce un'ottimizzazione immediata dell'allocazione delle risorse previste nel piano aziendale.

La stabilizzazione emotiva derivante dal supporto legale (CCII) abbate il consumo cronico di ansiolitici e antidepressivi, molecole troppo spesso utilizzate come **palliativo per un disagio la cui eziologia è puramente sociale** (riduzione della "spesa inappropriata").

Allo stesso tempo, si riattiva l'acquisto di farmaci salvavita, evitando complicanze acute. Inoltre, le attività di **Outreach** delle "**Sentinelle della Salute**" favoriscono la **De-compressione delle Emergenze e del Pronto Soccorso**: le crisi ipertensive resistenti, le somatizzazioni acute e gli attacchi di panico – spesso mera risposta biologica a pignoramenti o sfratti – vengono prevenuti alla radice.

L'Hub della Dignità agisce come filtro territoriale. Infine, si genera un drastico **Abbattimento dei Costi di Ricovero e Residenzialità**: prevenire il crollo psicotico indotto dal bisogno da debitoo significa garantire un enorme **Risparmio su SPDC** (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) e ottimizzare le liste d'attesa delle strutture residenziali.

Voce di Risparmio	Impatto Atteso (Target 2029)	Rif. Piano Formativo
Spesa Farmaceutica	Riduzione della spesa per psicofarmaci nel target esdebitato.	Supporto Psicologico Specializzato
Accessi PS	Riduzione degli accessi per codici minori legati a stress finanziario.	Formazione Sentinelle MMG/PLS
Costi Sociali	Riduzione dei costi di assistenza per disgregazione familiare.	Obiettivi Strategici Distrettuali

A garanzia di questo processo, il progetto si affida a una salda Governance: verrà redatto un report di monitoraggio semestrale, sottoposto alla validazione del Tavolo Tecnico Permanente, integrando gli esiti in una trasparente Rendicontazione Sociale aziendale.

7.3 Sostenibilità, Finanziamento e la Cornice del PNES 2021-2027

Il progetto si fonda su una rigorosa coerenza con il quadro finanziario e regolatorio del **PNES (Programma Nazionale Equità nella Salute)**, in sinergia con i fondi FSE, rappresentando un investimento ad alta efficienza per il Mezzogiorno.

L'architettura finanziaria si basa sulla massima efficienza amministrativa, riducendo gli oneri burocratici attraverso **Rimborsi Omnicomprensivi**: le attività di accompagnamento, l'**Outreach** territoriale per la consegna

dei farmaci e **la formazione specialistica delle "Sentinelle"** sono coperte da parametri semplificati e costi standard.

Questo garantisce all'ASP di Catania una rendicontazione fluida verso l'Unione Europea, minimizzando il rischio di inammissibilità della spesa e assicurando una continuità operativa ininterrotta fino al 2029.

Il valore di questa partnership è rafforzato dall'impegno tangibile del Terzo Settore: gli ETS non agiscono come mero fornitore, ma come reale co-investitore nel benessere del territorio.

Attraverso un **Autofinanziamento Strategico** gli ETS dovranno sostenere in via esclusiva le campagne di sensibilizzazione e, l'Associazione I Diritti del Debitore, la complessa gestione tecnologica dei **Consultori Web**.

Questa Natura Paritaria della Partnership potenzia le attività di *Digital Outreach*, permettendo all'ASP di raggiungere le fasce di popolazione "invisibile" con strumenti di contatto anonimi, sicuri e scalabili anche a livello regionale.

7.4 Verso una "Sanità della Dignità" a Catania

L'integrazione tra tutela del credito, supporto psicologico e diritto alla cura non rappresenta solo un'innovazione procedurale, ma una vera e propria **rivoluzione culturale** nel campo della Sanità Pubblica. Sotto la guida della Direzione e della UOC Servizio Sociale, l'Azienda Sanitaria Provinciale di Catania certifica il proprio impegno nel trasformare **la povertà sanitaria da barriera insuperabile a opportunità di rinascita civile e clinica**.

La sfida che lanciamo attraverso l'attuazione combinata del **PNES 21-27** e del **PANSM 2025-2030** è quella di superare la logica della perenne emergenza per abbracciare una **Visione Strategica di Welfare Generativo**.

Catania ha l'opportunità storica di trasformarsi in un **Laboratorio Nazionale di Sanità della Dignità**, riconoscendo un principio umano e scientifico assoluto:

"Non esiste salute senza dignità economica, e non esiste legalità senza una sanità che sappia ascoltare il bisogno degli invisibili."

Incidere concretamente sul tessuto sociale della provincia significa basare l'azione aziendale su tre ineludibili pilastri:

1. **Sradicare il Welfare Criminale:** Sottrarre i cittadini vulnerabili del capoluogo e delle province al ricatto dell'usura, offrendo la via legale del *Fresh Start* come unica alternativa credibile alla disperazione.
2. **Potenziare l'Azione Medica:** Restituire ai Medici di Medicina Generale, ai Pediatri e agli assistenti sociali strumenti tecnici (il "Farmaco Legale") per curare non solo il sintomo clinico, ma il progetto di vita dei loro pazienti.
3. **Realizzare l'Equità Territoriale:** Garantire che il diritto alla salute sia una realtà tangibile, abbattendo le barriere geografiche e lo stigma nei distretti di **Catania, Bronte, Paternò e Caltagirone**.

Il tempo del coraggio, della visione e della co-progettazione è adesso.

L'approccio *One Health* ci insegna che curare il debito significa disinnescare la radice sociale della malattia.

Non stiamo solo proponendo un protocollo amministrativo ai sensi dell'Art. 55 del Codice del Terzo Settore; stiamo firmando un nuovo patto sociale con i cittadini più fragili della nostra terra.

Trasformiamo il trauma dell'assenza di reddito, della diminuzione del potere di acquisto e del debito da bisogno nell'opportunità di un nuovo inizio.

8. Conclusioni: Un Appello Accorato alla Rete ETS e alle Istituzioni

Gentilissime Dottoresse,

la struttura analitica e clinica fin qui esposta ci consegna una verità incontrovertibile e dolorosa: **il diritto alla cura rimane un privilegio inesigibile se non è preceduto e sostenuto da un solido benessere economico.**

Non possiamo chiedere a un cittadino di pensare alla prevenzione o alla propria salute quando l'angoscia del debito o il ricatto dell'usura gli tolgono letteralmente il respiro.

Siamo tuttavia profondamente consapevoli che l'architettura dell'**Hub della Dignità**, per quanto innovativa e necessaria, rimarrebbe uno sforzo sterile, **un'intuizione incompiuta**, se non fosse innestata in una vigorosa e appassionata convergenza sistemica tra l'ASP e l'intero universo del privato sociale.

Nessuna associazione, per quanto specializzata, può invertire questa rotta da sola.

Per questo motivo, l'Associazione "I Diritti del Debitore" formula, per il tramite della Vostra Azienda, un sincero e accorato appello affinché questo modello operativo diventi il cuore pulsante di un'**azione collegiale con tutti gli altri ETS partner del bando PNES.**

La vera sfida alla povertà sanitaria e al "welfare criminale" dell'usura si vince esclusivamente intrecciando le nostre forze in un'unica, inscindibile maglia protettiva.

Abbiamo un bisogno vitale gli uni degli altri: di chi entra nelle case per l'outreach domiciliare, di chi porta con dedizione i farmaci e i beni primari agli "invisibili", di chi orienta i cittadini smarriti, unendo questo sforzo immenso alla nostra battaglia per la riabilitazione legale e psicologica.

Ogni ETS è un filo fondamentale di questa rete di salvataggio; se manca un solo ente, la rete cede.

All'ASP di Catania chiediamo di assumere la regia coraggiosa di questa alleanza.

Avete oggi l'opportunità storica di coordinare questa rete sussidiaria, elevando la nostra provincia ad avanguardia nazionale di una vera e propria **Giustizia Sanitaria.**

Il tempo del coraggio, della visione e della co-progettazione non è un orizzonte futuro: è adesso.

"Curare un uomo significa aiutarlo a guarire, ma restituirgli la dignità – insieme, come rete solidale del Terzo Settore – significa aiutarlo a rinascere."

Restiamo a completa disposizione per la prosecuzione dei lavori nei Tavoli Tecnici di co-progettazione, pronti a stringere le mani di tutti i nostri compagni di viaggio per tradurre questo piano in realtà.

Cordiali saluti.

Catania 5/04/2026

Associazione Nazionale I Diritti del Debitore

Corso Sicilia 10, Catania

Il Presidente

Salvatore Alessandro

