

D.C.R. 31 ottobre 2007, n. 113(1).

Piano integrato sociale regionale (P.I.S.R.) 2007-2010 (2).

(1) Pubblicata nel B.U. Toscana 28 novembre 2007, n. 48, parte seconda, suppl. n. 131.

(2) Vedi, anche, la *Delib.G.R. 1° dicembre 2008, n. 1012*.

Il Presidente mette in approvazione la seguente pro-posta di deliberazione:

Il Consiglio regionale

Vista la *legge regionale 11 agosto 1999, n. 49* (Norme in materia di programmazione), come modificata dalla successiva *legge regionale 15 novembre 2004, n. 61*, che definisce le finalità della programmazione regionale e ne individua gli strumenti e modalità di attuazione;

Visto in particolare l'*articolo 5, comma 1, lettera e), della L.R. n. 49/1999* in cui è previsto che i piani e i programmi regionali precisano gli indirizzi per l'attuazione delle politiche, coordinano gli strumenti d'intervento, integrano e finalizzano le risorse regionali, statali e dell'Unione Europea;

Vista la legge regionale 24 gennaio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale) ed in particolare:

- l'articolo 63, comma 2, in base al quale, fino all'approvazione del piano integrato sociale regionale (di seguito denominato PISR) ai sensi dell'articolo 27, mantiene la propria validità il piano integrato sociale regionale di cui alla *Delib.C.R. 24 luglio 2002, n. 122* (Piano integrato sociale regionale 2002-2004) e successivi aggiornamenti;

- l'articolo 27 che definisce il PISR, il suo iter di approvazione ed i suoi contenuti;

Tenuto conto che, in base al citato *articolo 27 della L.R. n. 41/2005*, in combinato disposto con l'articolo 18, comma 4 della legge regionale 24 gennaio 2005, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale), si dovrà tendere verso la progressiva unificazione delle disposizioni del piano sanitario regionale e del piano integrato sociale regionale;

Visto il piano regionale di sviluppo (di seguito denominato PRS) 2006-2010 che tra le sfide e priorità programmatiche prevede la sfida sociale quale elemento indispensabile per sviluppare un modello di welfare solidaristico, universalistico, a carattere pubblico, basato sulla coesione sociale e orientato ai bisogni dei cittadini e delle comunità locali;

Atteso che il PRS 2006-2010 prevede, tra i quattro programmi strategici, quello della cittadinanza, lavoro, coesione, cultura e qualità della vita, articolato in otto progetti integrati regionali (PIR), tra i quali, in particolare, si annoverano quello relativo all'"assistenza e integrazione per la non autosufficienza", quello relativo a "Inclusione e cittadinanza degli immigrati nella multi-culturalità" e quello relativo alla "Coesione e integrazione socio-sanitaria nella società della salute", per la cui attuazione sono previste risorse economiche;

Preso atto che la Giunta regionale ha messo a punto la proposta di piano in conformità alla *L.R. n. 49/1999* come modificata dalla *L.R. n. 61/2004*, al relativo regolamento di attuazione approvato con *D.P.G.R. 2 novembre 2006, n. 51/R*, nonché alla *Direttiva 2001/42/CE*;

Preso atto che nella seduta del 9 maggio 2006 è stata resa dalla Giunta regionale l'informativa ai sensi dell'articolo 48 dello Statuto in merito al documento preliminare rispetto al confronto con le rappresentanze istituzionali e sociali sulla proposta PISR 2007-2010 e che in tale sede sono state presentate le mozioni 229 e 230 contenenti criteri e linee-guida da tenere presenti nella redazione del Piano ed alle quali il piano stesso risulta conforme;

Tenuto, comunque, conto che la predisposizione della proposta di piano è stata effettuata nella fase di transizione intercorrente tra l'applicazione della vecchia disciplina e l'introduzione della nuova disciplina derivante dall'entrata in vigore del citato *D.P.G.R. n. 51/R del 2006* e che, pertanto, la nuova procedura di elaborazione del piano è partita dalla fase intermedia, quale è descritta dalla decisione della Giunta regionale del 6 novembre 2006, n. 2;

Visti il parere positivo del nucleo regionale di valutazione (NURV) espresso in data 14 maggio 2007;

Dato atto altresì che si è intrapresa in conformità al modello toscano di sussidiarietà la fase di concertazione articolata in:

- Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria, di cui all'*articolo 11 della L.R. n. 40/2005*, che ha espresso parere positivo in data 28 maggio 2007;

- Tavolo di concertazione generale, con esito positivo, del 29 maggio 2007;

Dato atto che la Commissione Politiche Sociali non risulta ancora insediata, a causa della mancata adozione del regolamento attuativo della *L.R. n. 41/2005*;

Acquisito in data 30 maggio 2007 il parere favorevole sulla proposta di piano da parte della consulta, del volontariato prevista dalla *legge regionale 26 aprile 1993, n. 28* (Norme relative ai rapporti delle organizzazioni di volontariato con la Regione, gli enti locali e gli altri Enti pubblici - Istituzione del registro regionale delle organizzazioni del volontariato) e dalla consulta della cooperazione di cui alla *legge regionale 24 novembre 1997, n. 87* (Disciplina dei rapporti tra le cooperative sociali e gli enti pubblici che operano nell'ambito regionale);

Atteso altresì che oltre a detta fase di concertazione sono stati attivati tavoli tecnici per approfondire e migliorare il documento di piano;

Dato atto, inoltre, che, sia nell'ambito dei seminari sugli esiti della sperimentazione della società della salute, svoltisi il 6 marzo 2007, sia nell'ambito della conferenza regionale sul volontariato, svoltasi il 10 e 11 marzo 2007 sono state effettuate ulteriori fasi di discussione e confronto sul piano;

Dato atto della coerenza del piano con quanto previsto dall'*articolo 27 della L.R. n. 41/2005*;

Dato atto che la proposta di piano è costituita da 7 capitoli e dai seguenti allegati:

- Allegato 1: Quadro conoscitivo,
- Allegato 2: Modalità di accesso al Fondo regionale di solidarietà interistituzionale,
- Allegato 3: Prime linee sul progetto per l'assistenza continuativa a persone non autosufficienti,
- Allegato 4: Rapporto di valutazione integrata;

Considerato che il capitolo 7 è il documento di raccordo tra piano sociale regionale e piano sanitario regionale (PSR) per cui, in virtù del combinato disposto tra *articolo 27, comma 1 della L.R. n. 41/2005* e dell'*articolo 18, comma 4 della L.R. n. 41/2005*, potrà essere modificato a seguito dell'approvazione del nuovo piano sanitario regionale;

Atteso che il piano integrato sociale regionale effettua una ricognizione delle risorse attivabili per l'attuazione delle politiche sociali e socio-sanitarie integrate, stimandole nel quadriennio 2007/2010 in una cifra complessiva pari 1.604,28 milioni di euro;

Preso atto che le modalità di reperimento delle risorse sono contenute nelle tabelle di cui al paragrafo 3.4.1. e che in particolare:

- una parte delle risorse previste per l'anno 2007 sono già prenotate o impegnate in quanto relative ad interventi in corso di realizzazione in virtù della proroga del precedente PISR 2002/2004 operata dal citato *articolo 63, comma 2, della L.R. n. 41/2005*;

- le risorse statali relative al fondo nazionale politiche sociali, e agli altri fondi sono frutto di stima e la loro esatta definizione ed acquisizione al bilancio regionale sarà effettuata a seguito dell'approvazione degli atti di riparto tra le regioni;

- per il finanziamento del progetto integrato regionale 2.5 "Assistenza e integrazione per la non autosufficienza" contenuto nel PRS 2006/2010, si fa riferimento alla stima delle risorse già previste nel fondo sanitario regionale per i livelli essenziali di assistenza (LEA) cui si aggiungeranno le ulteriori risorse regionali che si presume di attivare a partire dal prossimo bilancio in coerenza con il documento di programmazione economico finanziaria 2008;

Dato atto inoltre che nel medesimo paragrafo 3.4.1. è stata costruita una tabella denominata "Altre risorse attivabili" in cui sono individuate altre risorse degli enti locali e risorse derivanti dagli emolumenti assistenziali e di compartecipazione dei cittadini pari a 2.720,00 milioni di euro che sono attivabili per le complessive finalità del piano ma che non transitano dal Bilancio regionale;

Considerato che annualmente, sulla base di quanto previsto dall'*articolo 10-bis della legge regionale 11 agosto 1999, n. 49* (Norme in materia di programmazione regionale), sarà predisposto a cura della Giunta regionale un atto attuativo che individua ed assegna le risorse disponibili ai sensi delle disposizioni di cui al piano integrato sociale 2007/2010;

Considerato che la Giunta regionale dovrà fornire un documento annuale di monitoraggio e valutazione dello stato di attuazione del piano stesso;

Atteso che l'aggiornamento del piano integrato sociale sarà comunque effettuato ogni qualvolta si renderà necessaria la modifica delle strategie del piano che comportino una variazione degli obiettivi e delle relative azioni;

Considerato che annualmente, secondo le modalità di cui all'*articolo 15, comma 3, lettera a) della legge regionale 6 agosto 2001, n. 36* (Ordinamento contabile della Regione Toscana), le risorse regionali relative al PISR, per la parte non impegnata, potranno essere oggetto di rimodulazione finanziaria;

Vista la *legge regionale 22 dicembre 2006, n. 64* (Legge finanziaria per l'anno 2007);

Vista la *legge regionale 22 dicembre 2006, n. 65* (Bilancio di previsione per l'anno finanziario 2007 e bilancio Pluriennale 2007/2009);

Delibera

1. di approvare il Piano integrato sociale regionale (PISR) 2007-2010, allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale, costituito da 7 capitoli e dai seguenti allegati:

- Allegato 1: Quadro conoscitivo,
- Allegato 2: Modalità di accesso al Fondo regionale di solidarietà interistituzionale,
- Allegato 3: Prime linee sul progetto per l'assistenza continuativa a persone non autosufficienti,

- Allegato 4: Rapporto di valutazione integrata;

2. di prendere atto del complesso delle risorse attivabili per l'attuazione delle politiche sociali e di cui il PISR effettua una ricognizione stimandole nel quadriennio 2007/2010 in una cifra complessiva pari a 1.604,28 milioni di euro;
3. di prendere atto, in ordine al reperimento delle risorse contenute nelle tabella sintetica di cui al paragrafo 3.4.1, di quanto richiamato nella parte narrativa e di quanto dettagliatamente indicato circa l'allocazione in bilancio delle risorse regionali nel medesimo paragrafo 3.4.1. del piano allegato alla presente deliberazione;
4. di stabilire che la Giunta regionale, sulle base di quanto previsto dall'*articolo 10-bis della L.R. n. 49/1999*, provveda all'adozione degli atti deliberativi annuali di attuazione del presente piano;
5. di stabilire che la Giunta regionale provveda al monitoraggio annuale del piano anche al fine di proporre eventuali modifiche, integrazioni ed aggiornamenti;
6. di disporre la pubblicazione in forma integrale del presente provvedimento, compreso l'allegato A, sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana, ai sensi dell'*articolo 3, comma 1, della legge regionale 15 marzo 1996, n. 18*, (Ordinamento del Bollettino Ufficiale della Regione Toscana e norme per la pubblicazione degli atti), così come modificata dalla *legge regionale 3 agosto 2000, n. 63*.

Il Consiglio approva

con la maggioranza prevista dall'articolo 26 dello Statuto.

Allegato A

Piano Integrato Sociale Regionale 2007-2010

Premessa

Il percorso di formazione del Piano Integrato Sociale Regionale (di seguito PISR) comincia con l'approvazione della *legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41* (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale), di seguito *L.R. n. 41/2005*.

Il PISR è un Piano settoriale, ai sensi dell'*articolo 10 della legge regionale 11 agosto 1999, n. 49* (Norme in materia di programmazione regionale), ha durata corrispondente alla legislatura come il Programma Regionale di Sviluppo, ed è finalizzato alla attuazione dei diritti di cittadinanza sociale individuati dalla *L.R. n. 41/2005*.

Per il periodo di riferimento il PISR determina gli obiettivi, le finalità, le tipologie di intervento e gli altri elementi previsti dalla legge regionale e definisce il quadro delle risorse attivabili, raccordandosi con le scelte di sviluppo delle comunità locali.

Nel primo periodo di validità della *L.R. n. 41/2005* (ai sensi dell'articolo 63, comma 2) ha mantenuto la propria validità il PISR preesistente, approvato con *Delib.C.R. 24 luglio 2002, n. 122* e successivamente aggiornato, così come gli atti amministrativi, anche a carattere transitorio, approvati entro la data di entrata in vigore della legge.

Il documento preliminare del PISR è stato presentato e discusso in Consiglio regionale nella seduta del 9 maggio 2006. Il Consiglio ha approvato due mozioni (la mozione n. 229 “Sull’informativa sul Piano integrato sociale regionale 2006-2010” e la mozione n. 230 “Indirizzi sul PISR (Piano integrato sociale regionale) 2006-2010”) con le quali sono state fornite alla Giunta regionale linee di indirizzo per la predisposizione del Piano.

Anche in precedenza il Consiglio regionale aveva approvato altri atti di indirizzo (Ordine del giorno collegato alla *L.R. n. 41/2005*, approvato il 16 febbraio 2005 “Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale” e Ordine del giorno collegato alla comunicazione n. 4 dell’Assessore Salvadori svolta nella seduta del 18 gennaio 2006 su “Il welfare che vogliamo”) sui temi centrali del PISR.

Nella definizione del PISR la Regione ha adottato strumenti di concertazione e confronto con gli enti locali e con le parti sociali, nonché forme di consultazione con le associazioni degli utenti e consumatori e con altri soggetti.

Il PISR sarà annualmente attuato tramite atti della Giunta regionale che dispongono relativamente alla assegnazione delle risorse disponibili e alla realizzazione delle azioni di interesse regionale.

La Giunta è impegnata a presentare almeno ogni tre anni al Consiglio regionale documenti di monitoraggio e valutazione, che descrivono gli stati di realizzazione e i risultati dell’attuazione dei piani e programmi contenuti nel PISR. In particolare riferiti a:

a) la valutazione di impatto, con l’analisi del fabbisogno sociale, delle risorse disponibili, dello studio di fattibilità degli interventi;

b) il monitoraggio “in itinere” dello stato di attuazione dei piani di zona, sulla base di indicatori e parametri;

c) la valutazione consuntiva di periodo, relativa agli obiettivi perseguiti, alla qualità degli interventi e alla sostenibilità economica degli stessi.

Il Piano è impostato in raccordo con il Piano Sanitario Regionale, così come prevede l’articolo 27 della *L.R. n. 41/2005*, anche per realizzare una programmazione regionale integrata in ambito socio-sanitario nell’ottica di un approccio intersettoriale in cui sono definiti il sistema delle responsabilità e le condizioni per affrontare in modo nuovo i problemi.

Il Piano, inoltre, contiene una parte, l’intero capitolo 7, relativa agli interventi e ai servizi dell’alta integrazione socio-sanitaria, che potrà essere oggetto di modifica anche con riferimento alla prevista prossima adozione del Piano sanitario regionale. In questo senso il PISR interpreta il disposto dell’articolo 18 della *L.R. n. 40/2005*, dove al comma 4 si dice che la Regione opera per la progressiva unificazione delle disposizioni del piano sanitario regionale e del piano integrato sociale regionale, individuando le procedure per il coordinamento delle politiche socio-sanitarie con quelle degli altri settori regionali.

In particolare occorrerà individuare nel Piano Sanitario risorse per interventi riconducibili al Piano Integrato Sociale per quanto attiene alla individuazione dei settori e delle materie che dovranno essere programmaticamente valutate e orientate in modo integrato.

La Commissione Consiliare competente è impegnata a collaborare per costruire per il prossimo triennio un unico Piano Integrato Sanitario e Sociale.

1. *Presentazione*

“Quale Toscana oggi” è la premessa necessaria per condividere le strategie di un Piano Sociale di legislatura che vuole dare continuità alle politiche che hanno portato la nostra Regione ad una posizione di eccellenza nel panorama nazionale, ma allo stesso tempo vuole cogliere i limiti che il sistema manifesta rispetto al mutamento sociale. Le analisi contenute in documenti recenti (Toscana 2020, ecc.) forniscono le indicazioni necessarie per individuare le nuove strategie, gli obiettivi, i modelli che il nuovo PISR pone per la riorganizzazione del sistema e per le innovazioni da sostenere nella attuazione delle azioni e degli interventi.

1.1. Quadro analitico: La Relazione Sociale e il suo aggiornamento

Ai sensi della *L.R. n. 41/2005, art. 42*, la Giunta regionale presenta al Consiglio, almeno ogni tre anni, la relazione e a fine di valutare i risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi definiti nel piano integrato sociale regionale, conoscere l'evoluzione dei fenomeni sociali e lo stato di servizi, nonché disporre di elementi per la programmazione di settore.

La nuova relazione sociale della Regione Toscana sarà presentata entro l'anno in corso, a tre anni dall'elaborazione della relazione precedente (2004). La relazione sarà sottoposta ad un aggiornamento annuale analogamente al PISR, il cui aggiornamento è previsto dall'art. 27, comma 4. Le elaborazioni, sia per la produzione della relazione sociale che per gli aggiornamenti annuali, a partire dai dati consolidati di cui disponiamo, vengono effettuate in collaborazione con il Settore Sistema Statistico Regionale, con l'IRPET (Istituto Regionale Programmazione Economica Toscana), con l'ARS (Agenzia Regionale Sanità), con gli Osservatori Provinciali e con gli altri soggetti che, per i diversi ambiti di competenze, contribuiscono alla conoscenza della società toscana, dei bisogni che essa esprime e del sistema di welfare a garanzia dei diritti di cittadinanza di coloro che vivono nella nostra regione.

La conoscenza di specifici temi a carattere sociale, sia relativamente all'evoluzione dei bisogni che al sistema regionale di protezione sociale e sociale integrata posta in essere, verrà rafforzata nel corso del triennio dai risultati delle attività di monitoraggio già esistenti o da attivare secondo quanto previsto dallo stesso Piano Integrato Sociale Regionale.

Al di là di approfondimenti specifici, i temi principali che saranno trattati dalla relazione sociale e dai suoi aggiornamenti sono individuabili nella spesa sociale e la sua sostenibilità e nelle criticità che l'evoluzione demografica comporta, con particolare riguardo alla non autosufficienza, alla presenza di immigrati, alla povertà e alla disuguaglianza sociale.

Un primo quadro conoscitivo di carattere sintetico è contenuto nell'allegato 1 al presente Piano.

1.2. La valutazione del Piano Integrato Sociale Regionale 2002-2004

L'obiettivo prioritario del PISR 2002-2004 è stato quello di qualificare e sviluppare il sistema di welfare toscano, in particolare in rapporto all'efficacia degli interventi sui bisogni dei cittadini, alla qualificazione del sistema di offerta e al suo equilibrio territoriale.

Per realizzare tali obiettivi, sono stati attivati percorsi di conoscenza di fenomeni sociali e intraprese azioni di prevenzione, al fine di conferire alle politiche sociali toscane il necessario carattere di proattività, mettendo precocemente in evidenza i bisogni ed evitandone la trasformazione in motivi di disagio sociale. Allo stesso tempo, sono state individuate specifiche azioni volte al sostegno dei cittadini che presentano condizioni di fragilità e di rischio e al contrasto di fenomeni di disagio sociale.

Dall'analisi delle considerazioni espresse nei Piani di Zona e nei PIS è possibile avere un quadro su come le indicazioni del PISR sono state recepite a livello territoriale.

In particolare l'analisi dei dati del Piano Integrato Sociale Regionale 2002-2004 ha posto in evidenza che lo stanziamento delle risorse è avvenuto per il 56,2% a livello delle singole realtà

territoriali rispetto al 41,7% avvenuto sulla base di gestioni associate (resta non chiaramente definito un residuo di risorse pari a circa il 2,2%).

Nove zone sociosanitarie hanno una gestione completamente associata, sei zone gestiscono in maniera associata oltre il 90% delle risorse, 7 zone più del 50% delle risorse e 12 zone meno del 50%.

È possibile fare alcune considerazioni anche sulla programmazione progettuale delle attività, prendendo in esame le caratteristiche dei Piani di Zona. Oltre l'87,3% delle risorse progettuali sono state destinate a programmi operativi gestiti direttamente dagli Enti che li hanno elaborati, soltanto l'8,7% delle risorse è stato gestito con progetti di intervento elaborati autonomamente da soggetti esterni e l'8,7%, i fatti propri dagli enti pubblici responsabili.

La proporzione si differenzia leggermente per quanto attiene i progetti, infatti, in questo caso si ha una elaborazione autonoma del 59,8% e una coprogettazione di circa il 35,7%.

Questo quadro di sintesi evidenzia chiaramente come la progettualità espressa direttamente dagli enti responsabili sia più consistente rispetto alla quota di interventi che si avvalgono di una progettualità esterna.

Restano da specificare meglio, e ciò risulterà più facile nella misura in cui si realizzeranno maggiori livelli di integrazione fra gli ambiti di intervento sociale e sanitario ed altri ambiti, le coerenze del quadro analitico con gli obiettivi espressi dalla programmazione regionale e locale e, in particolare, le coerenze tra gli elementi acquisiti in ambito sociale e sociale integrato e la programmazione di altri settori che per le forti connessioni con la sfera sociale ne influenzano le caratteristiche.

Al fine di collegare la dimensione dell'elaborazione dei dati finali alle opportunità fornite dalla nuova programmazione, può essere opportuno individuare nell'analisi SWOT metodologia adeguata a riconoscere, secondo la formula classica, i punti di forza, di debolezza, le opportunità e i rischi connessi allo sviluppo del PISR.

L'analisi SWOT, a partire dalle conoscenze acquisite è utile per valutare la priorità da assegnare ai vari bisogni sociali, allo scopo di stabilire le linee strategiche e gli obiettivi da perseguire e permette di definire la strategia del programma in riferimento alla specificità del contesto. Per fare ciò, essa si basa su una analisi del contesto oggetto di intervento, articolata secondo la struttura di obiettivi del programma.

Lo scopo dell'analisi SWOT è quello di facilitare la riflessione e l'analisi sulle caratteristiche della realizzazione degli obiettivi programmatici contribuendo a ridurre le aree di incertezza relative ai processi di implementazione. Ad esempio, mettendo in luce potenziali fattori di ostacolo al processo di implementazione delle politiche oppure gli effetti indesiderati. Per questi motivi questo tipo di analisi si presta ad essere utilizzata nel processo di valutazione che coinvolge operatori e rappresentanti dei soggetti attuatori delle politiche sociali a livello dei piani territoriali.

1.3. Il sistema delle sussidiarietà

La sfida della trasformazione del sistema di servizi e prestazioni sociali, la centralità che si vuole affermare e realizzare dei diritti di cittadinanza, la diffusa e sostanzialmente universale inclusione nel sistema, comporta innovazioni rilevanti: fare scelte progettuali selettive, tendere all'efficienza, riorganizzare e potenziare il sistema dei servizi, semplificare le procedure, è essenziale per dare tempestività ed efficacia alle capacità di governo. Questo implica un salto nella governance istituzionale e sociale, intesa come attività di governo del cambiamento: un'attività innovativa perché fondata sulla interazione e la cooperazione fra tutti gli attori coinvolti. Molto è affidato alla capacità di fare scelte coerenti con la programmazione regionale, ma concertate e gestite a livello locale.

Il PISR contiene obiettivi, progetti e linee di azione: la Regione assume la responsabilità di dare corso ad opzioni strategiche funzionali per la realizzazione del programma di governo che possono essere attuate dai soggetti locali, come attori delle scelte regionali.

Al livello delle autonomie territoriali la Regione condivide progetti e linee d'azione scaturiti dal territorio in quanto coerenti con le strategie regionali riconducibili a un unico progetto di governance dello sviluppo e del cambiamento. Sono politiche di sviluppo e proposte progettuali locali che per essere realizzate hanno bisogno del sostegno della Regione e delle risorse che la Regione stessa è in grado di mobilitare, direttamente o indirettamente, a livello nazionale ed europeo.

Possono, ovviamente, esistere anche linee programmatiche e proposte progettuali legittime rispetto alle proprie competenze, ma ritenute non coerenti con le scelte programmatiche regionali. In questo caso, pur nell'ambito del massimo riconoscimento delle autonomie locali, la Regione potrà scegliere di non incentivare tali interventi.

In ogni caso, la funzione programmatica e l'azione di sostegno della Regione al sistema dei servizi non devono configurare un suo ruolo come mero "ente erogatore". Il disegno strategico regionale e le sue opzioni di programmazione integrata vengono costruiti con iniziative di promozione e coordinamento, attraverso l'ascolto, la negoziazione, la concertazione delle politiche e delle loro traduzioni progettuali con le istituzioni del territorio, quale che sia la responsabilità operativa specifica di queste ultime.

Le politiche regionali non possono essere il semplice aggregato dei molti volti e delle tante voci della realtà toscana. Esse devono integrarsi con il territorio per esprimere una visione che sia più ampia della somma dei singoli punti di vista.

1.3.1. Il ruolo e la responsabilità degli enti locali nel processo di programmazione e nella gestione del sistema integrato

Nel "modello Toscano" il ruolo della sussidiarietà è fondamentale. Il sistema di programmazione partecipata e diffusa è stato attivato già nel 1998 con la *L.R. n. 72* e vi erano esperienze significative precedenti. Il ruolo responsabilmente acquisito dagli enti locali non solo ha contribuito a formare professionalità preziose che hanno visibilmente contribuito ad una rapida crescita qualitativa della programmazione locale, ma ha maturato le condizioni che hanno portato, ad esempio, ad una larga e diffusa candidatura per le sperimentazioni delle Società della Salute.

La regione Toscana, oltre a potenziare il sistema dei servizi pubblici nelle loro diverse articolazioni, incoraggia e sostiene sul territorio regionale quelle realtà del privato sociale, del volontariato, dell'associazionismo e dell'auto aiuto che, liberamente, hanno scelto di dedicarsi a settori importanti per l'intera collettività.

Tra le regioni italiane oggi la Toscana ha posizioni di eccellenza per qualità dei servizi sociali e accoglie la sfida di sviluppare un modello di welfare di carattere universalistico, con una maggiore estensione dei servizi e attraverso programmi legati ai bisogni dei cittadini che, sulla base dei principi di equità e di giustizia sociale, prevedono interventi per minori, disabili, anziani, famiglie, giovani ed immigrati.

L'intento è quello di raggiungere nella programmazione la più ampia rappresentazione degli interessi dei cittadini e di condividere le modalità di risposta al bisogno. Fermo restando che la responsabilità della programmazione compete agli Enti Pubblici di governo, la Regione adotta strumenti di concertazione e confronto con le parti sociali, tenendo conto anche di quanto previsto dal comma 2 dell'articolo 18 (relazioni sindacali) della *legge regionale n. 41/2005*, ed attiva la più ampia partecipazione delle associazioni degli utenti, dei consumatori e dei soggetti del terzo settore, durante il percorso di programmazione.

Pertanto il processo di programmazione vede presenti, ciascuno per il ruolo previsto dalla normativa, tutti i soggetti istituzionali e le rappresentanze associative della società civile, così da realizzare la più ampia condivisione sugli obiettivi e sulle modalità di perseguimento degli stessi. La programmazione si configura così come il risultato di un processo pienamente partecipato sia nella dimensione locale che sul piano regionale.

1.3.2. La partecipazione dei soggetti del terzo settore

Il welfare in Toscana è forte di un apporto diffuso, sostanziale, concreto della società civile, vicina ai cittadini non solamente nelle funzioni di *advocacy* ma anche offrendo risposte attive e strutturate ai bisogni. Il Terzo Settore nella nostra regione è, una realtà radicata e organizzata, capace di sostenere le famiglie nelle situazioni di sofferenza e disagio e capace di costituire, in rapporto integrato con i servizi pubblici, una formidabile rete di protezione sociale, che trova espressione viva in un ricchissimo tessuto di volontariato, associazionismo, cooperative sociali: sono più di 2.400 le organizzazioni di volontariato iscritte al registro regionale, 1.700 le associazioni di promozione sociale, oltre 500 le cooperative sociali, e il fenomeno risulta costantemente in crescita negli ultimi anni.

La nostra regione conserva nella diffusione e vitalità delle formazioni sociali gli ingredienti e le potenzialità per un welfare delle comunità che, senza il venir meno della responsabilità sociale delle istituzioni, ma integrando l'idea di servizio pubblico con quella di sistema pubblico dei servizi, è capace di far crescere dalle stesse comunità locali sempre nuove forme di tutela e di promozione.

Per questo è importante che la sussidiarietà espressa dalla società civile toscana si inserisca in un ambito di progettazione complessiva - partecipata e consapevole - sia a livello regionale che locale, per rendere maggiormente efficaci le risposte, calibrare meglio gli interventi e consentire la migliore adeguatezza nell'impiego delle risorse.

La sussidiarietà orizzontale deve coniugarsi con l'impegno di solidarietà e con l'obiettivo di assicurare una gestione dei servizi che tenga debitamente conto delle radici profonde e dei valori nei quali si è sviluppato il sistema di welfare toscano, costruendo comunità solidali.

Con queste finalità e con l'obiettivo di rafforzare le caratteristiche di coesione sociale proprie dell'esperienza toscana, i soggetti del terzo settore concorrono ai sensi di legge all'individuazione degli obiettivi dei processi di programmazione regionale e locale e partecipano, anche in modo coordinato con gli enti locali alla definizione di progetti per servizi ed interventi di cura alla persona che abbiano particolare riguardo alla qualità professionale e umana dell'intervento stesso. Le forme di integrazione fra soggetti no profit ed enti pubblici sono diffuse, soprattutto in ambito sociale, sanitario e socio-sanitario: circa il 45% delle associazioni e delle cooperative sociali gestiscono servizi attraverso convenzione con il Comune o con le aziende USL.

In tale contesto l'obiettivo è quello di sviluppare il sistema della sussidiarietà sostenuto da adeguati strumenti per la partecipazione del terzo settore alle funzioni sociali pubbliche, ai vari livelli in cui esse si esprimono: processi di programmazione, co-progettazione e gestione.

Per il perseguimento del suddetto obiettivo si prevedono le seguenti azioni:

- elaborazione di norme, linee-guida, modelli di riferimento affinché i soggetti del privato sociale possano concretamente contribuire alla costruzione e organizzazione del sistema dei servizi, tenendo conto dell'esigenza di garantirne la rappresentanza e, nel contempo, salvaguardando le specificità e l'autonomia di ciascun soggetto. L'elaborazione, da attuare in modo condiviso con i soggetti pubblici e privati interessati, dovrà essere preceduta da adeguata analisi sia dei vincoli posti che delle opportunità offerte dall'ordinamento giuridico;

- interventi di modifica della vigente normativa regionale relativa al Terzo settore e alla disciplina dei rapporti fra tali soggetti e gli enti pubblici, anche per adeguare tale legislazione all'attuale quadro normativo di carattere europeo e nazionale. In particolare, la modifica della *legge*

regionale n. 87/1997, in materia di disciplina dei rapporti tra le cooperative sociali e gli enti pubblici che operano nell'ambito regionale, è da considerarsi come priorità del primo anno di validità del piano;

- azioni per potenziare il “pensiero strategico” del e sul terzo settore, promuovendo attività di studio, di conoscenza, di qualificazione (studi, seminari, attività di ricerca e informazione ecc.);

- interventi di promozione e sostegno del terzo settore anche tramite agevolazioni e fondi di garanzia per l'accesso al credito e la realizzazione di interventi strutturali;

- azioni di prospettiva europea, finalizzate ai rapporti con le istituzioni comunitarie e con le organizzazioni europee del sociale, per conoscere le opportunità che offre l'Europa, per far conoscere a livello europeo il modello toscano di Terzo settore, per incidere sul quadro giuridico e concettuale che riguarda i campi d'intervento dei soggetti no profit.

2. Gli obiettivi di benessere sociale

In riferimento al pieno sviluppo della persona umana come principio costituzionalmente riconosciuto, il raggiungimento del benessere di ogni cittadino e, complessivamente, di tutta la comunità rappresenta una finalità fondamentale, da perseguire per favorire il sostegno di ciascun individuo e nucleo sociale nei momenti di difficoltà e per assicurare le condizioni più appropriate a stimolare un positivo contributo sociale dell'intera collettività, nell'ambito dei propri valori e della propria cultura.

2.1. Obiettivi strategici e priorità alla luce del P.R.S.

Sulla scorta del dettato costituzionale, è necessario rimuovere gli ostacoli all'effettiva partecipazione sociale dei soggetti più deboli e creare le condizioni adeguate all'elaborazione di risposte efficaci nei confronti delle persone in situazione di marginalità e di esclusione sociale.

In quest'ottica, la Regione individua i suoi obiettivi e priorità nell'ambito sociale, anche in relazione alle strategie e alle azioni indicate dal Piano Regionale di Sviluppo, favorendo le politiche di inclusione dei soggetti più svantaggiati e sostenendo la qualità della vita delle diverse realtà territoriali, garantendo pari opportunità di classe, genere, età ed etnia.

Nel contesto di un sistema integrato di welfare incentrato sui principi-cardine dell'universalità, della sussidiarietà, della partecipazione e della programmazione, finalizzato al mantenimento e al perseguimento della “salute” attraverso la valutazione professionale del bisogno, l'elaborazione di percorsi assistenziali personalizzati e l'appropriatezza delle risposte, la Regione individua come obiettivi strategici:

- l'elaborazione di risposte adeguate al problema degli anziani non autosufficienti e, più in generale, di tutte le disabilità, per fronteggiare gli effetti sociali dell'invecchiamento medio della popolazione ed estendere forme diverse di intervento e di assistenza ai soggetti non autosufficienti, con particolare attenzione al sostegno del lavoro di cura;

- la promozione di una società regionale “plurale e coesa” che sostenga i processi di inclusione degli immigrati per favorire la loro fiducia verso le istituzioni e, nel contesto tracciato dallo Statuto regionale, la ricerca di soluzioni legislative che rendano possibile la loro partecipazione al voto.

Partendo da tali obiettivi, con riferimento anche agli scenari futuri, è inoltre possibile tracciare delle priorità strategiche di natura trasversale:

- la promozione e la difesa dei diritti di cittadinanza e la sostenibilità del sistema integrato attraverso lo sviluppo dei servizi pubblici e un patto di mandato fra i livelli istituzionali e le organizzazioni espressione della società civile, per assicurare il carattere di universalità del welfare toscano;

- la definizione dei livelli essenziali regionali di assistenza, integrativi rispetto a quelli nazionali, a garanzia della esigibilità dei diritti sociali, di un elevato grado di omogeneità sul territorio e di un'organizzazione delle risposte sulla base dei principi di equità e di giustizia;

- la costruzione di una comunità solidale che, a partire dal ruolo del sistema pubblico, concorra a soddisfare la crescente domanda di servizi d'interesse collettivo e a valorizzare tutte le risorse pubbliche e private presenti nel territorio; in quest'ambito un ruolo rilevante è assunto dal sostegno ai programmi di vita delle famiglie, dei giovani e delle nuove coppie, lo sviluppo di politiche di contrasto al disagio abitativo e la promozione delle pari opportunità;

- la valorizzazione dei modelli di partecipazione diffusa, attraverso la condivisione con persone, famiglie e comunità locali dell'impegno di partecipazione al processo di programmazione e di gestione dei servizi, anche attraverso la diffusione di modelli sperimentali;

- l'introduzione di percorsi innovativi e di qualità, che garantiscano l'appropriatezza delle risposte elaborate dal sistema.

Il raccordo con i sistemi funzionali del P.I.T. avviene in particolare con riferimento a quello della "Toscana dell'attrattività e dell'accoglienza". Accogliere significa, in termini di pianificazione territoriale, pensare ad includere in maniera soddisfacente ed efficiente chi viene da fuori, prendere in considerazione il punto di vista di quei soggetti e prevedere le esigenze strutturali, di servizio e di supporto che emergono da parte di chi non vive ed opera abitualmente nel contesto locale o di chi, pur interessato a farlo, non si è ancora inserito in maniera stabile.

Per il perseguimento di tali obiettivi e priorità strategiche, le metodologie adottate si avvalgono di modalità di integrazione e armonizzazione della programmazione regionale e locale.

2.1.1. I diritti di cittadinanza: il carattere di universalità del sistema integrato di interventi e servizi sociali e la sua sostenibilità

Il carattere di universalità del sistema integrato, già affermato dalla *legge n. 328/2000* e quindi dalla *L.R. n. 41/2005*, rappresenta per la Toscana la vera sfida sociale per un nuovo welfare.

I livelli quantitativi e qualitativi raggiunti dal sistema toscano non possono nascondere il dato che una parte rilevante dei bisogni di interventi di assistenza e cura espressi da individui e famiglie non viene adeguatamente coperto dal sistema dei servizi. In particolare la non autosufficienza vede oggi direttamente a carico delle famiglie l'onere assistenziale di oltre i due terzi delle persone anziane. Estendere progressivamente il livello di copertura dei servizi e comunque di risposte qualitativamente garantite dal sistema, è l'obiettivo della Toscana nella sua proiezione al 2010.

Al contempo la sfida deve tener conto anche della sostenibilità del sistema, soprattutto nei prossimi anni. Ciò che deve realizzarsi è una sostanziale redistribuzione dei costi oggi sostenuti dalle famiglie che hanno "in carico" il "problema". La collettività deve assumere il peso di una sfida che vuole assicurare un sostegno alle necessità delle persone anziane, sviluppando i servizi e la qualità delle prestazioni.

La Regione promuove su tutto il territorio regionale l'attuazione dei diritti di cittadinanza sociale mediante l'esercizio di funzioni previste dalla legge, individuando tra gli altri:

- gli obiettivi di benessere sociale da perseguire ed i fattori di rischio sociale da contrastare;

- gli indirizzi generali da utilizzare per consentire la determinazione da parte degli Enti Locali di criteri comuni per l'accesso alle prestazioni sociali e per il concorso degli utenti al costo delle prestazioni;

- gli indicatori per la verifica di efficacia e di efficienza degli interventi.

2.1.2. I livelli base di cittadinanza sociale

La *L.R. n. 41/2005* all'art. 4 (Livelli essenziali delle prestazioni sociali) dispone che il sistema integrato assicuri l'erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali previsti dallo Stato ed individuati nell'*art. 22 della legge n. 328/2000*. La stessa legge regionale prevede inoltre che il piano integrato sociale regionale definisca, nell'ambito delle risorse trasferite dal Fondo Nazionale Sociale, le caratteristiche dei servizi e degli interventi che costituiscono tali livelli e, nell'ambito delle risorse derivanti dal Fondo Regionale di Assistenza Sociale, eventuali livelli aggiuntivi.

Sino ad oggi manca ancora a livello nazionale qualsiasi riferimento alla precisa definizione dei livelli essenziali nazionali, sia con riferimento alle attività di alta integrazione previste dai LEA di ambito sanitario, sia con riferimento ai livelli essenziali delle prestazioni in ambito sociale, comunque denominati. I livelli essenziali delle prestazioni di carattere organizzativo, così come individuati dalle *legge n. 328 del 2000*, sono comunque riconosciuti in ambito regionale sviluppati nel presente Piano nel paragrafo "3.4.2.1. Definizione dei livelli base di cittadinanza sociale".

La programmazione regionale è chiamata a considerare il rapporto tra bisogni e sistema di offerta per comprendere quali interventi sono necessari, per riorientare l'offerta non adeguata, per rendere più capace il sistema regionale di welfare di interpretare la domanda sociale e, insieme con essa, il disagio inespesso, quello che sovente caratterizza le condizioni di vita delle persone più deboli e meno capaci di far valere i propri bisogni e diritti.

Pur in assenza di una dettagliata definizione di livelli essenziali delle prestazioni sociali nazionali da parte dello stato, la Regione Toscana intende individuare e attuare una prima configurazione di livelli base di cittadinanza regionali da realizzarsi gradualmente nell'arco di tempo di vigenza del piano secondo le previsioni di patti territoriali di cooperazione fra il livello regionale e i livelli locali. L'individuazione dei livelli base di cittadinanza regionale è necessaria per garantire l'appropriatezza, l'uniformità e l'omogeneità delle risposte al bisogno, in altre parole per garantire l'equità del sistema locali di salute.

Questo si realizzerà, in particolare, con riferimento alla organizzazione e allo sviluppo delle attività e dei servizi territoriali, in maniera omogenea su tutto il territorio regionale, collegando tali obiettivi al raggiungimento di livelli minimi di capacità di spesa per tutte le zone della Toscana.

Partendo, quindi, dalle conoscenze sui dati di spesa sociale, di cui la Regione dispone, si intende sostenere un processo di crescita della spesa e della capacità del sistema di offerta locale di livelli base di organizzazione del sistema integrato che garantiscano in tutti gli ambiti zionali, nel corso di validità del Piano, la presenza delle seguenti funzioni:

- segretariato sociale
- punto unico di accesso
- servizio sociale professionale
- pronto intervento sociale.

Nelle zone che hanno livelli di spesa più alti si prevede di effettuare apposite sperimentazioni di soluzioni avanzate di organizzazione del sistema dei servizi e degli interventi integrati socio-assistenziali.

2.1.3. La difesa dei diritti di cittadinanza e di non discriminazione

L'attività di difesa dei diritti di cittadinanza e di non discriminazione risulta fondamentale ai fini di garantire alla persona la conoscenza e l'accesso ai servizi presenti sul territorio, ai luoghi e alle

informazioni utili per accedervi e di esprimere e presentare proposte di cambiamento o di istituzione di nuovi servizi.

Nell'ambito di queste tematiche confluiscono tutte le azioni tese a diffondere la conoscenza dei servizi, la difesa e la tutela dei diritti di cittadinanza, volte a eliminare tutte le forme di discriminazione e di difficoltà di accesso ai servizi, e garantire così a tutti i cittadini il riconoscimento dei loro diritti sociali e l'integrazione nel tessuto sociale regionale.

In un concetto di "cittadinanza allargata", tali azioni non si limitano al campo dei servizi sociali propriamente detti, ma anche a qualificare l'individuo come membro di una società con la facoltà di accedere ad una serie di attività che ne completino la vita "sociale".

2.1.4. La costruzione di una comunità solidale

L'affermazione dei valori della coesione e dell'inclusione sociale è la condizione per realizzare diritti di cittadinanza e per definire un percorso di integrazione e di partecipazione. Un diritto nuovo ed evoluto che mette il singolo individuo in rapporto con la società, nelle sue componenti più avanzate, favorendo un confronto reale sulle scelte programmatiche, le azioni e gli interventi del governo regionale e una generale crescita della collettività.

Ad integrazione dell'intervento pubblico, la sussidiarietà orizzontale, che trova nella nostra regione un ricco tessuto di volontariato, associazionismo e opere sociali, deve coniugarsi con l'impegno di solidarietà, con l'obiettivo di assicurare una gestione dei servizi improntata ai valori universalistici nei quali si è sviluppato il sistema di welfare toscano.

Sono le premesse per un welfare di comunità che segue un modello di politica sociale tale da recuperare la prospettiva di una società che si prende cura delle persone in condizioni di disagio, mantenendo e sviluppando meccanismi di appartenenza e alimentando processi di autonomia sostenuti dalla rete dei servizi pubblici.

2.1.5. I percorsi della qualità

Le innovazioni da portare al sistema rendono imprescindibili percorsi di riorganizzazione, di miglioramento dell'efficacia di individuazione delle condizioni di completa sostenibilità. Complessivamente si può fare riferimento a percorsi di affermazione della qualità che da una parte individuano, con riferimento a strumenti e a processi determinati, risposte certe a stati di bisogno. D'altra parte questi percorsi forniscono a tutti i soggetti le informazioni e le conoscenze che consentono di relazionarsi con i servizi e partecipare alla individuazione delle risposte più opportune. Infine portano nuove motivazioni agli operatori rendendoli attori principali del sistema che cambia.

2.1.5.1. Il Bilancio sociale

Nel sistema di welfare toscano gli enti pubblici titolari di competenze in materia sociale rappresentano gli interlocutori prioritari, in quanto garanti del perseguimento di finalità universalistiche e del soddisfacimento dei bisogni della collettività, ma anche il terzo settore costituisce una realtà radicata e organizzata, attiva nell'ambito del sostegno alle famiglie e alle persone in situazione di disagio: si tratta di un vero e proprio sistema di offerta di servizi socialmente regolato, in grado di stimolare soggetti e aggregare risorse, integrando l'offerta pubblica di servizi a carattere sociale e socio-sanitario.

In questo contesto, l'esigenza crescente di disporre di strumenti di rendicontazione adeguati si traduce nell'uso sempre più diffuso del bilancio sociale: sebbene la necessità di "misurare" l'utilità sociale di enti pubblici e privati trovi un riscontro normativo cogente esclusivamente nei bilanci d'esercizio di natura economico-finanziaria, è altresì sempre più evidente come tale tipo di strumento, risponda meglio ad una logica imprenditoriale "profit", tipica del settore privato, il cui

“successo” e misurabile in termini di profitto, piuttosto che alla realtà “no profit” nella quale sono viceversa i proventi a rendere possibili gli oneri e la cui riuscita corrisponde ai benefici prodotti per la comunità, il cosiddetto “valore aggiunto sociale”.

Il bilancio sociale, assieme ai mezzi informativi tradizionali, costituisce:

- uno strumento di controllo organizzativo e gestionale, in quanto la sua elaborazione richiede una riflessione, un controllo e una verifica su tutta la propria struttura organizzativa;

- un’opportunità di verifica istituzionale, in particolare della rispondenza tra la propria attività e i propri fini statutari;

- uno strumento per una strategia di comunicazione diffusa e trasparente, in grado di rendere visibile a tutti gli attori sociali il raggiungimento degli obiettivi perseguiti e gli effetti sociali connessi allo svolgimento della propria attività. Il bilancio sociale favorisce inoltre una lettura e un’interpretazione socialmente significativa dei dati economico-finanziari, tracciando allo stesso tempo le basi di una strategia di coinvolgimento dei diversi stakeholders;

- una base per l’elaborazione di obiettivi strategici che coniughino la storia e la tradizione dell’organizzazione con la capacità di misurazione.

Inoltre, attraverso la stesura periodica del bilancio sociale, è possibile esprimere e mettere in evidenza:

- la propria identità, la propria missione, il codice deontologico e i valori cui fare riferimento nello svolgimento delle proprie attività;

- gli obiettivi perseguiti in rapporto ai risultati ottenuti;

- la produzione e la distribuzione del valore aggiunto sociale;

- il rispetto degli impegni assunti;

- gli effetti prodotti sui singoli stakeholder.

Il bilancio sociale rappresenta dunque un’efficace modalità di valorizzazione della capacità di scelta delle persone e di promozione, in termini di governance locale, dei diritti di cittadinanza sociale.

La Regione Toscana, riconoscendo la strategicità della diffusione del bilancio sociale quale strumento finalizzato a valorizzare l’attività dei diversi attori del sistema welfare territoriale, intende promuovere un processo di analisi, coordinamento ed accompagnamento finalizzato alla costruzione di un contesto normativo, operativo e di prassi condiviso dai soggetti interessati al bilancio sociale, anche attraverso la redazione di specifiche linee di indirizzo.

Accanto al Bilancio sociale il presente piano si propone di iniziare anche la costruzione del Bilancio di genere, individuando indicatori adeguati alla verifica dell’impatto dei provvedimenti e delle azioni del PISR sui generi.

A tal fine i vari monitoraggi provvederanno a produrre dati costantemente disaggregati sui generi, come indica anche la direttiva sulle pari opportunità nelle amministrazioni pubbliche, emanata lo scorso 24 maggio 2007.

2.2. Progetti integrati regionali contenuti nel PRS

Nel Piano Regionale di Sviluppo il capitolo 2.9 “La sfida sociale: un welfare solidale, efficiente, produttivo” individua scenari che rendono necessario innovare lo stato sociale con una nuova cultura di governo, orientata a garantire la salute, ad abbattere ostacoli e costruire opportunità. Queste priorità d’azione promuovono un modello di welfare universalistico, a carattere pubblico e solidaristico, basato sulla coesione sociale, sostenuto dalla fiscalità generale.

La salute è un grande diritto, un valore da difendere, ma, anche una straordinaria “filiera” produttiva. La capacità di mantenere e qualificare lo stato sociale in una fase critica dove vi sono tensioni sia intergenerazionali, sia interetniche muove a considerare il welfare non solo come risposta a fondamentali diritti che produce spesa, ma anche come una fonte dinamica di attivazione economica, di occasioni di lavoro, di investimento e innovazione, come riconosciuto dall’Unione europea: ciascun elemento attiva l’altro.

Lo stesso vale per gli interventi sociali che, oltre a garantire “diritti di cittadinanza” coerenti con i valori generali di cui la Toscana è portatrice, rappresentano anche occasioni di nuovi lavori, diffusi e qualificati, stabili, tutelati contrattualmente e garantiti nei diritti. Sta in questa ottica di sviluppo e non solo di garanzia di salute ed assistenza, l’impegno a difendere, a qualificare e ad innovare il sistema toscano di welfare.

Queste strategie si articolano nei progetti integrati regionali del PRS.

2.2.1. Coesione e integrazione socio-sanitaria nella Società della salute

La sperimentazione delle Società della Salute ha riguardato la costruzione di un nuovo modello di assistenza integrata territoriale che assume come finalità la promozione della salute.

Nella sperimentazione si sono misurate:

- la capacità delle istituzioni locali di attuare politiche integrate,
- l’interazione fra i diversi soggetti istituzionali,
- la realizzazione di politiche pubbliche che prendano in esame la natura evolutiva del sistema,
- lo sviluppo di interventi multidisciplinari che concorrono a determinare lo stato di benessere degli individui e della collettività.

Un’impostazione che intende sottolineare una politica per la salute non affidata esclusivamente al sistema sanitario, che trova nella zona-distretto il luogo di ideazione, condivisione, realizzazione e valutazione integrata.

Tra gli strumenti idonei a realizzare i processi di integrazione, nelle Società della salute si sono affermati processi di programmazione partecipata che hanno portato alla definizione degli strumenti di lettura e valutazione del territorio (Profili e Immagine di salute) e di programmazione integrata in ambito di zona e distretto (Piani integrato di salute).

L’esito della valutazione in corso sulla sperimentazione del modello Società della salute potrà consentire di estenderlo, anche attraverso modifiche normative, all’intera rete dei servizi sanitari territoriali e sociali della Regione.

Primo impegno sarà rappresentato da una nuova ed omogenea lettura di tutto il territorio regionale tramite il completamento dei profili di salute e la predisposizione dei Piani integrati di salute.

L’identificazione delle funzioni di governo integrato prefigura il prototipo del nuovo modello della Società della salute, basato sul coinvolgimento e la corresponsabilizzazione delle comunità locali, il controllo e il governo della domanda, la certezza dell’insieme delle risorse utilizzabili per la realizzazione degli interventi, il contenimento dei costi per la sostenibilità del sistema, la diffusione dell’equità, lo sviluppo della capacità imprenditoriale del settore no-profit.

È indispensabile assicurare la più ampia concertazione interistituzionale tra i diversi attori del sistema, per il potenziale impatto che le loro decisioni assumono sulla salute della comunità e promuovere la massima partecipazione e informazione delle comunità locali ai processi decisionali.

2.2.2. Il carattere universalistico dell’assistenza per i soggetti non autosufficienti e disabili (3)

La non autosufficienza, tanto per gli aspetti legati alla pressione demografica quanto per le caratteristiche di perdita e/o di mancanza di autonomie, si connota come una problematica particolarmente complessa, in grande crescita ed in continua evoluzione.

Le problematiche dell'invecchiamento della popolazione dominano il dibattito politico ed economico: l'impegno pubblico nell'assistenza alle persone non autosufficienti è attualmente inadeguato.

Questi cittadini ricevono prestazioni sanitarie e assistenziali continuative, ma solo un terzo è oggetto di interventi "specifici", con un significativo contributo familiare a sostegno del costo e con una quantità di prestazioni assicurate dal servizio pubblico che è avvertita come inadeguata.

Con propria *L.R. 18 dicembre 2008, n. 66*, La Regione Toscana ha istituito il Fondo per la non autosufficienza, con il quale intende realizzare un insieme di servizi capace di rispondere ai bisogni accertati, per migliorare le condizioni di vita e l'autonomia delle persone non autosufficienti. Un sistema che si caratterizza per la certezza della prestazione, l'appropriatezza e la tempestività dell'intervento rivolto alla persona ed ai familiari, l'ampliamento della rete di servizi ed interventi, le procedure d'accesso facilitate e garantite, la definizione delle forme di assistenza e di compartecipazione alla spesa e la sottoscrizione di un patto interistituzionale per il governo integrato del Fondo.

Il Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente, proprio a partire dalla complessità del percorso di accesso, valutazione e presa in carico, intende accompagnare la organizzazione di un sistema locale di welfare in grado di tutelare le persone non autosufficienti e le loro famiglie.

Nel 2008 si sono attivate le prime azioni di sistema necessarie a mettere a regime il progetto:

- diffusione dei punti unici di accesso, per un accesso unificato ai servizi in modo da evitare difficoltà nella richiesta d'assistenza o attivazioni duplicate d'intervento, e per identificare il luogo fisico dove segnalare il bisogno e ottenere la valutazione;

- riqualificazione delle unità di valutazione multidisciplinare presenti in ogni zona/distretto, per la definizione del programma assistenziale individuale e della verifica periodica degli esiti del percorso assistenziale;

- prevenzione della non autosufficienza, soprattutto nei confronti degli "anziani fragili" ed azioni di intervento relative al superamento di tutte le barriere all'accessibilità, in termini fisici, sensoriali e di conoscenza;

- continuità di assistenza tra ospedale e territorio;

- sviluppo di un sistema di risposte flessibili, in primo luogo territoriali, domiciliari e di sostegno alla cura familiare, e quindi residenziali, sulla base del principio di appropriatezza;

- gestione unitaria ed integrata delle risorse da parte di soggetti istituzionali territoriali.

Per i servizi domiciliari e semiresidenziali si prevede un forte potenziamento in ambito zonale sia per le prestazioni a carattere sanitario, sia per i servizi di cura alla persona. Questo determina anche la definizione dei contenuti e delle procedure per il Piano personalizzato di assistenza.

Vi è poi la necessità di favorire percorsi di emersione del lavoro di cura, di accesso alla formazione specifica, al sostegno pubblico all'incontro della domanda-offerta, alle funzioni di accompagnamento e di riferimento per le famiglie, attraverso forme di riconoscimento e di orientamento delle funzioni di cura alla persona, di accudimento a domicilio tramite familiari, caregiver, ovvero con "assistenti familiari", sostenendo in particolare i percorsi che hanno portato ad un'uscita dal lavoro o comunque a minore capacità di produzione di reddito familiare.

Il progetto regionale per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente, che sarà oggetto di successiva Delib.G.R. Toscana, è finalizzato ad accompagnare l'organizzazione di un sistema locale di welfare in grado di tutelare le persone non autosufficienti e le loro famiglie.

2.2.3. Una società plurale e coesa per l'inclusione delle persone immigrate, le nuove povertà e i diritti di cittadinanza

La Toscana sarà nel medio periodo una regione con un tasso di immigrazione paragonabile ai livelli europei delle regioni a maggiore grado di sviluppo. I flussi migratori in Toscana sono diventati con il passare del tempo anche più maturi ed articolati, evidenziando una tendenza alla stabilizzazione sul territorio, al formarsi delle famiglie, ad una forte inclusione nelle comunità locali.

Emergono ormai aspetti legati alla complessiva integrazione nel territorio con l'accesso all'insieme dei diritti di cittadinanza relativi all'alloggio, alla salute, al sostegno alla famiglia, all'inserimento scolastico dei figli, alla partecipazione attiva alla vita civile e politica del territorio, all'ingresso nel mercato del lavoro, ai processi di integrazione culturale e sociale, attraverso adeguate politiche di conciliazione con specifica attenzione alle condizioni delle donne immigrate. Particolare attenzione verrà dedicata alle condizioni di fragilità nelle quali versano categorie di immigrati come i richiedenti asilo e i rifugiati, le vittime della tratta, i minori stranieri non accompagnati, i nuovi poveri espulsi dai processi produttivi e le famiglie, i singoli a forte rischi di povertà per la caduta delle protezioni sociali.

Per favorire la promozione di un adeguato livello di intervento nei confronti dei fenomeni migratori verrà elaborata una proposta di legge regionale sull'immigrazione con uno specifico strumento programmatico.

L'intervento normativo favorirà lo sviluppo di un approccio trasversale alle politiche di settore e una integrazione tra le diverse istituzioni del territorio in rapporto stretto con i soggetti del volontariato.

2.3. Obiettivi specifici

Il documento preliminare discusso dal Consiglio Regionale determina l'obiettivo dell'azione di governo regionale: mira a rafforzare la coesione sociale, un valore che sostiene l'esigenza di accentuare l'attenzione e l'impegno verso il sistema di welfare.

Un impegno di straordinario rilievo anche alla luce di scenari evolutivi preoccupanti (bassa natalità, invecchiamento della popolazione, etc.) che mettono in discussione la tenuta, soprattutto economica, dell'attuale sistema che si ispira a principi solidaristici e universalistici sostenuti dalla fiscalità generale.

Ciò, con riferimento agli scenari dei prossimi decenni, porta ad individuare precise priorità:

- lo sviluppo dei servizi e il sostegno ai programmi di vita delle famiglie, dei giovani e delle nuove coppie, avendo quali obiettivi specifici soprattutto il rilancio della natalità, lo sviluppo di politiche sul disagio abitativo concentrato nei grandi centri urbani, la promozione delle pari opportunità; il sostegno alle politiche lavorative anche ai fini della stabilizzazione e della ricollocazione;

- l'avvio e sviluppo degli interventi di cui alla *legge regionale 18 dicembre 2008, n. 66* "Istituzione del Fondo Regionale per la non autosufficienza" e la messa a regime delle azioni da essa proposte, in particolar modo:

1. Azioni di prevenzione della non autosufficienza soprattutto nei confronti degli anziani fragili.
2. Accesso unificato ai servizi in modo da evitare difficoltà nella richiesta di assistenza od attivazioni duplicate d'intervento e nell'identificazione del luogo fisico dove segnalare il bisogno.

3. Riqualificazione delle unità di valutazione multidisciplinare presenti in ogni zona distretto per la definizione di programmi assistenziali individuali.

4. Continuità assistenza tra ospedale e territorio.

5. Sviluppo di un sistema di risposte flessibili in primo luogo territoriali, domiciliari e di sostegno alla cura familiare e, quindi, residenziali, sulla base del principio di appropriatezza.

6. Gestione unitaria ed integrata, da parte dei soggetti istituzionali territoriali (società della salute), del fondo per la non autosufficienza composto di risorse derivanti dal fondo sanitario, fondo sociale, dalla spesa dei comuni e di altri soggetti locali.

7. Emersione del lavoro degli “assistenti familiari”.

8. Aumento dell'offerta residenziale (RSA).

9. La gestione integrata del fondo da parte delle Società della Salute.

10. Il monitoraggio e valutazione della motivazione degli operatori coinvolti nell'offerta dei percorsi assistenziali.

11. Il monitoraggio e la valutazione della soddisfazione dell'utente (4).

- l'integrazione degli immigrati per favorire la fiducia verso le istituzioni e, nel contesto tracciato dal nuovo Statuto regionale, la ricerca di soluzioni legislative che rendano possibile la loro partecipazione al voto;

- la qualificazione della rete dei servizi attraverso la valorizzazione delle professionalità sociali.

2.3.1. L'organizzazione integrata del servizio socio-assistenziale in ambito territoriale

I comuni, singoli o associati e le Aziende sanitarie territoriali, pur nell'ambito delle rispettive autonomie organizzative, devono essere orientati ad assicurare una risposta unitaria alle esigenze di salute delle persone, coerentemente con i processi di integrazione e di coordinamento dei servizi sociali e quelli sanitari. Le modalità operative non possono prescindere dalla valutazione globale dei bisogni del cittadino e dalla predisposizione di specifici progetti personalizzati di intervento.

2.3.2. Obiettivi per la difesa dei diritti di cittadinanza e di non discriminazione

Nell'ambito dell'attività di promozione dei diritti di cittadinanza confluiscono tutti gli interventi connessi all'avvertita esigenza di garantire alla persona il diritto di conoscere agevolmente i servizi presenti sul territorio, i luoghi e le informazioni utili per accedervi e di esprimere e rappresentare proposte di cambiamento o di istituzione di nuovi servizi.

Vi si aggiunge anche il diritto in generale dell'individuo di qualificarsi come membro di una società con la facoltà di accedere ad una serie di attività che ne completano la vita “sociale”.

Nell'ambito della promozione del diritto di cittadinanza confluiscono anche le tematiche relative alla difesa delle persone prive di conoscenze adeguate a provvedervi in proprio e alla assistenza di tipo tutoriale.

La salvaguardia e la tutela dei diritti di cittadinanza e in particolare di quelli di cittadinanza sociale come indicato dal capo II del titolo I della *L.R. n. 41/2005* permette quindi ai membri della comunità di vedere riconosciuti i loro diritti sociali con una migliore integrazione nel tessuto sociale regionale.

A questi va aggiunta la tutela dei cittadini dalla discriminazione per sesso, razza, religione o di qualsiasi altro genere e in qualsiasi forma essa si manifesti, garantendo la pari opportunità ai cittadini di accesso ai servizi sociali e a tutte quelle attività che ne completano la vita sociale.

La regione Toscana ha già finora valorizzato parte di questi diritti nella prospettiva della crescita di una società moderna e solidale e intende continuare su questo terreno implementando i risultati già raggiunti, effettuando un monitoraggio dei problemi ancora irrisolti e avviando nuove strategie di promozione della coesione sociale.

In particolare si intende lavorare in sei direzioni principali:

- Carta di Cittadinanza Sociale
- diritto all'informazione e principi di comunicazione sociale
- difesa civica
- amministratore di sostegno e funzioni di pubblica tutela
- cittadinanza allargata - accessibilità
- lotta alle discriminazioni e pari opportunità.

2.3.2.1. Carta di Cittadinanza Sociale

La Carta di Cittadinanza Sociale è espressamente prevista dall'*art. 31 della L.R. n. 41/2005* come riferimento zonale degli obiettivi e dei programmi di miglioramento della qualità della vita e come mappa dei percorsi e dei servizi offerti nel territorio.

Quasi tutte le zone, grazie all'attività precedentemente svolta hanno adottato una propria carta che già rappresenta un utile strumento di conoscenza per i cittadini.

Occorre quindi promuovere l'adozione di tale carta dove ancora non sussiste, monitorarne il rispetto dei contenuti e stimolare l'adeguamento degli obiettivi e una crescita dei servizi.

Occorre inoltre diffondere la conoscenza tra i cittadini dei contenuti delle carte così da consentire loro di avvicinarsi ai servizi offerti, di proporre il miglioramento e di vigilare sulla corretta implementazione.

La diffusa adozione della Carta di cittadinanza sociale consente di promuovere una valutazione della efficacia di questo strumento, anche tramite un Tavolo di monitoraggio regionale, con la presenza delle istituzioni locali e delle parti sociali, al fine di predisporre un atto di indirizzo per sostenere una maggiore uniformità in ambito regionale.

Obiettivi e priorità:

Uno degli obiettivi da raggiungere entro un anno è quello relativo alla adozione della Carta di Cittadinanza da parte delle zone che ancora non hanno avviato o concluso il relativo processo. Inoltre dovrà essere sostenuto il passaggio delle Carte di Cittadinanza esistenti dalle zone alle loro corrispondenti Società della salute, tramite aggiornamento da effettuarsi sulla base di uno schema regionale che verrà appositamente predisposto.

Un altro obiettivo dovrà essere la diffusione della conoscenza tra i cittadini dei contenuti delle carte così da consentire loro di avvicinarsi ai servizi offerti, proporre il miglioramento e vigilare sulla corretta implementazione delle carte.

Come ultimo obiettivo si prevede il monitoraggio del rispetto dei contenuti delle carte e la stimolazione dell'implementazione degli obiettivi e dei servizi in esse contenute.

Strumenti:

Per il raccordo con il territorio si utilizzeranno riunioni tecniche con le rappresentanze zonali, degli enti locali, delle Società della Salute e dell'associazionismo locale e sovralocale.

Per la diffusione della conoscenza delle carte ci avvarremo dei mezzi informatici messi a disposizione dagli URP e dai PAAS (Punti per l'Accesso Assistito ai Servizi), oltre alla pubblicazione di materiale di diffusione ove necessario.

Risorse:

Si utilizzeranno risorse strumentali e di personale degli uffici regionali della direzione generale delle politiche della salute e della solidarietà in sinergia con gli uffici tecnici predisposti dagli enti locali, dagli URP e dal settore informatico regionale.

2.3.2.2. Diritto all'informazione e principi di comunicazione sociale

Il diritto all'informazione ed i principi di comunicazione sociale sono sanciti dall'*art. 8 della L.R. n. 41/2005*. È infatti basilare che tutti i cittadini ed in special modo coloro che più necessitano di accedere ai servizi siano a conoscenza della presenza di un sistema integrato di prestazioni socio-sanitarie ed abbiano la possibilità accedervi agevolmente e di interagire in maniera efficace con le istituzioni.

L'azione sarà rivolta ad una verifica dell'attuale sistema informativo rivolto verso la cittadinanza e ad un miglioramento e a una semplificazione delle informazioni date, nonché personale agli Uffici di Relazioni col Pubblico, ai Centri di Prenotazione del sistema socio regionale e ai servizi sociali territoriali.

Si svilupperà in particolare una verifica della operatività degli Uffici di Relazioni col Pubblico istituzioni pubbliche al fine di promuovere sul territorio un interscambio fra i vari uffici informativi tale da consentire di ampliare la rete di comunicazione locale e di agevolare l'accesso informazioni da parte del cittadino anche attraverso l'accesso e l'utilizzo dei PAAS.

Obiettivi e priorità:

Sono molteplici gli obiettivi da raggiungere nei prossimi quattro anni e si delineano principalmente secondo tre linee di azione: la prima linea è di tipo culturale, stimolando gli enti presenti sul territorio regionale a tradurre una serie di informazioni base in un linguaggio semplice e facilmente comprensibile anche a chi conosce poco la lingua italiana; parte di queste informazioni saranno inoltre rese comprensibili tramite azioni parallele anche ai non vedenti, ma anche tradotte in alcune lingue straniere di base in modo da rendere tali informazioni utili anche a coloro che pur non essendo italiani si trovano sul nostro territorio regionale per motivi diversi.

La seconda linea di azione è di tipo strutturale; sarà intenzione promuovere l'accesso delle anziane, disabili e straniere ai luoghi in cui vengono date informazioni e dove le possono cercar monitorando e stimolando l'accessibilità fisica e culturale agli URP e ai CUP, e intervenendo con il informatico regionale sull'accessibilità ai PAAS e sul tipo di informazioni e assistenza che si può ricevere in rete.

La terza linea di azione interverrà sulla trasversalità delle informazioni date e sull'integrazione delle informazioni, stimolando gli URP degli enti ed i CUP ad integrarsi ove possibile in un sistema dove un cittadino da un qualsiasi punto di accesso all'informazione possa essere facilmente e velocemente indirizzato al giusto punto di accesso.

Strumenti:

Per il raccordo con il territorio si prevedono riunioni tecniche con le rappresentanze degli enti locali e territoriali, dei loro URP, dell'associazionismo locale e sovralocale.

Per le necessità tecniche si utilizzeranno gli uffici regionali della direzione generale delle politiche della salute e della solidarietà, e quelli del settore informatico regionale e dell'URP regionale.

Per la definizione degli obiettivi specifici si analizzeranno i dati emersi dagli studi riguardanti le presenze di anziani e di invalidi sul nostro territorio regionale, nonché degli afflussi di stranieri in Toscana (tipo, necessità e numeri).

Per la diffusione della conoscenza delle informazioni si utilizzeranno i mezzi informatici messi a disposizione dagli URP e dai PAAS, oltre alla pubblicazione di materiale di diffusione ove necessario.

Risorse

Si utilizzeranno le risorse strumentali e di personale uffici regionali della direzione generale delle politiche della salute e della solidarietà in sinergia con quello tecnico predisposto dagli enti locali, dagli URP, dal settore informatico regionale, dall'URP regionale.

2.3.2.3. Difesa civica

Nei rapporti con la Pubblica Amministrazione può riscontrarsi l'esigenza di una difesa nei confronti di comportamenti non pienamente rispettosi della sfera dei diritti riconosciuti al singolo anche in considerazione della complessità del sistema normativo vigente suscettibile spesso di diverse interpretazioni.

Persone prive di strumenti adeguati necessitano quindi di un sostegno adeguato che consenta loro di vedere garantita la piena espansione dei diritti riconosciuti dalle norme.

Tale attività di sostegno si esplica in particolare in quelle sfere di conflitti tra cittadino e Pubblica Amministrazione che non necessitano di venire risolti in ambito giudiziario ove è spesso richiesta una vera e propria assistenza legale.

Occorre quindi qualificare e valorizzare al massimo l'operato dei difensori civici ormai largamente presenti nel sistema istituzionale quali punti di riferimento per il cittadino per la soluzione delle problematiche descritte.

Infine si rende necessario chiarire che la difesa civica comprende anche i cosiddetti "nuovi diritti"; ad esempio quelli legati alle discriminazioni per religione o per orientamento sessuale e identità di genere.

Obiettivi e priorità:

L'obiettivo dei prossimi anni consisterà nel diffondere la conoscenza del Difensore Civico presso i cittadini con apposite informazioni da divulgare tramite gli URP ed i PAAS e nell'interagire con le reti informali dei Difensori Civici per ottenere un reciproco scambio informativo sulle problematiche riscontrate dai cittadini nei conflitti con le pubbliche amministrazioni e con la società nella difesa dei loro diritti di cittadinanza.

Strumenti:

Per il raccordo con i Difensori Civici si effettueranno riunioni tecniche con loro rappresentanze e con rappresentanze degli enti locali.

Per la diffusione dell'informazione si utilizzeranno mezzi informatici messi a disposizione dagli URP e dai PAAS, oltre alla pubblicazione di materiale di diffusione ove necessario.

Risorse:

Si utilizzeranno le risorse strumentali e di personale degli uffici regionali della direzione generale delle politiche della salute e della solidarietà in sinergia con quello tecnico predisposto dagli enti locali, dai Difensori Civici, dagli URP e dal settore informatico regionale.

2.3.2.4. Amministratore di sostegno e funzioni di pubblica tutela

In una realtà in continua evoluzione come la nostra, con sempre maggiori esigenze da parte del singolo di richiedere servizi diversi e personalizzati e di curare in maniera adeguata i propri interessi appare sempre più evidente la necessità di tutelare le persone con una incapacità decisionale autonoma totale o parziale.

Il servizio di pubblica tutela enunciato dall'*articolo 10 della L.R. n. 41/2005* ha lo scopo di consentire ai soggetti deboli di non venire emarginati dalla società e di non rimanere distanti dai servizi di cui abbisognano.

La Regione sta predisponendo alcuni indirizzi in modo che si sviluppino nel territorio azioni e percorsi comuni, idonei a sostenere le competenze previste per le attività e i compiti dell'amministratore di sostegno, figura prevista dalla *legge 9 gennaio 2004, n. 6* che ha modificato il codice civile.

Occorre quindi proseguire sulla strada intrapresa e raccordarsi con le altre esperienze presenti sul territorio al fine di qualificare e diffondere l'esperienza dell'amministratore di sostegno ed il suo raccordo con i servizi sociali del territorio.

Obiettivi e priorità:

L'obiettivo principale da perseguire nei prossimi quattro anni sarà quello di promuovere il ruolo dell'amministratore di sostegno, favorirne la corretta conoscenza ed implementazione sul territorio.

Strumenti:

La Regione Toscana, con riferimento alle sperimentazioni già in atto attua il monitoraggio delle stesse e darà luogo ad occasioni di confronto tra enti locali, Uffici di Tutela dei Tribunali della regione, associazioni di volontariato e associazioni di rappresentanza delle persone bisognose di tutela.

Per la ricognizione delle necessità territoriali, si effettueranno anche seminari specialistici e convegni aperti al pubblico, verifiche con le associazioni ad oggi già impegnate nella tutela e pubblicazione di materiale di diffusione sia cartacea che informatica.

Risorse:

Si utilizzeranno le risorse strumentali e di personale degli uffici regionali della direzione generale "Diritto alla salute e politiche di solidarietà" in sinergia con quello tecnico predisposto dagli enti locali, territoriali, dagli Uffici di Tutela dei Tribunali dagli URP e dal settore informatico regionale.

2.3.2.5. Cittadinanza allargata e accessibilità

La promozione dell'accessibilità dei servizi e delle strutture del territorio da parte della persona con difficoltà psichica, motoria o sensoriale non si connota come una specifica azione di carattere sociale ma come un sostegno globale alla massima espansione della vita sociale e del benessere dell'individuo.

È quindi intenzione della regione Toscana sensibilizzare le istituzioni del territorio affinché venga effettuato un monitoraggio delle strutture e dei percorsi accessibili nell'ambito culturale, ricreativo e ambientale.

Essenziale rilievo riveste infatti l'attività volta a garantire alla persona con difficoltà psichica e/o motoria la possibilità di un accesso ad attività collaterali nell'arco della sua vita non strettamente correlate alle sue esigenze di vita e di lavoro.

Verrà quindi effettuata una serie di verifiche con i vari uffici regionali interessati, con uffici di enti statali e locali e con le associazioni di volontariato al fine di sviluppare una classificazione dei gradi di accessibilità per catalogare ciò che è presente sul territorio al fine di permettere ai cittadini di scegliere e di individuare, nell'ambito delle proprie progettualità di vita, le strutture e i percorsi che li possano adeguatamente accogliere.

Sarà poi essenziale operare una raccolta e diffusione delle informazioni da rendere di rapida e facile consultazione, al fine di consentire al cittadino di documentarsi agevolmente e di scegliere il percorso o la struttura a lui più congeniale.

Obiettivi e priorità:

Nei prossimi quattro anni saranno riuniti una serie di tavoli tecnici, tra gli Assessorati di riferimento per i settori turistico, culturale, sportivo e ambientale, e le Associazioni di riferimento regionale per i vari settori menzionati, per monitorare insieme agli enti locali l'effettiva accessibilità del territorio regionale nei vari settori.

Oltre a questo sarà definita insieme agli assessorati ed alle Associazioni regionali rappresentanti le persone disabili una catalogazione univoca per gradi di accessibilità, in modo da dare alle persone una lettura chiara e semplice delle strutture e dei percorsi a loro più confacenti.

Seguirà infine una politica di stimolo del territorio per renderlo più accessibile, oltre ad una serie di azioni di diffusione delle informazioni sull'accessibilità regionale.

Strumenti:

Per il perseguimento degli obiettivi sopra esposti si utilizzeranno una serie di riunioni tecniche con il personale degli Assessorati di riferimento, degli enti locali e delle associazioni dei disabili. Per il monitoraggio del territorio si utilizzeranno anche gli enti locali e territoriali a ciò già preposti e le associazioni di volontariato.

La diffusione delle informazioni si avvarrà sia di una diffusione cartacea che tramite gli strumenti messi a disposizione dagli URP, dalle APT e dal settore informatico regionale.

Risorse:

Si utilizzeranno le risorse strumentali e di personale degli uffici regionali della direzione generale "Diritto alla salute e politiche di solidarietà" in sinergia con quello tecnico predisposto dagli enti locali, territoriali, dagli APT, dagli URP e dal settore informatico regionale, oltre eventualmente dal volontariato.

2.3.2.6. Lotta alle discriminazioni e pari opportunità

La Costituzione Italiana all'art. 3, comma 1, sancisce che "tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali". Questo principio fondamentale è stato ribadito anche nello Statuto della Regione Toscana agli articoli 3 e 4.

Al fine di dare concreta attuazione al dettato costituzionale ed allo Statuto regionale, le azioni volte ad eliminare le differenze fra persone di diverso sesso, età, razza, lingua, religione, ceto sociale, situazione familiare, abilità ed orientamento sessuale, dovranno pertanto garantire le pari opportunità per tutti ed eliminare ogni forma di discriminazione sia diretta che indiretta.

Durante il corso del 2007 - anno dedicato dal Consiglio e dal Parlamento europeo alle pari opportunità per tutti - la Regione è impegnata a predisporre con l'indirizzo e il coordinamento dell'assessorato al sociale cui è stata attribuita la delega, percorsi politici ed operativi a favore delle persone che per motivi diversi possono essere soggetti a maggiore rischio di discriminazione. Tali percorsi dovranno essere caratterizzati da modalità di intervento di tipo trasversale.

Obiettivi: gli obiettivi, in coerenza con quanto stabilito anche dagli indirizzi, decisioni e normative europee, troveranno realizzazione nell'arco di vigenza del PISR e dovranno:

a) sensibilizzare in modo chiaro e comprensibile sul diritto alla parità e alla non discriminazione nonché sulla problematica delle discriminazioni multiple;

b) stimolare la partecipazione alla vita sociale dei gruppi vittime di discriminazioni nonché una partecipazione equilibrata alla vita sociale di uomini e donne;

c) promuovere una società più solidale anche al fine di contrastare la formazione o la radicalizzazione di stereotipi e pregiudizi;

d) favorire e valorizzare la diversità e la parità;

e) rafforzare la capacità di azione delle persone vittime di discriminazione e violenza attraverso la messa in opera di strutture di sostegno e di assistenza che evitino una vittimizzazione secondaria;

f) sostenere attività di formazione specifica dei professionisti e del volontariato.

Gli obiettivi indicati vanno a completamento ed integrazione di quanto indicato negli altri paragrafi del presente PISR.

Strumenti: gli strumenti per l'attuazione degli obiettivi saranno:

a) la promozione di attività e iniziative di sensibilizzazione dei cittadini, dell'opinione pubblica affinché i gruppi che rischiano discriminazioni siano messi in grado di conoscere e di esercitare i loro diritti;

b) la promozione e il sostegno di campagne culturali ed educative nelle istituzioni e nelle scuole;

c) il rafforzamento degli interventi di assistenza immediata e globale fornita in modo coordinato, multidisciplinare e professionale ed anche di assistenza legale alle persone vittime di discriminazioni e/o violenze;

d) l'implementazione dell'azione dei consultori e l'eventuale creazione di centri di ascolto per offrire sostegno alle donne ed alle vittime di discriminazioni.

Risorse: per sostenere la realizzazione dei suddetti obiettivi, saranno impiegate risorse derivanti da fondi nazionali e regionali nonché da eventuali risorse derivanti da progetti europei che potranno essere attivate.

2.3.3. L'accreditamento dei servizi alla persona e delle strutture residenziali semiresidenziali pubbliche e private

La *L.R. n. 41/2005* ha avviato il percorso di definizione di un modello regionale di accreditamento nell'ambito del sistema integrato di interventi e servizi socio-assistenziali e ad integrazione socio-sanitaria; per la disciplina dei casi e delle modalità di accreditamento dei servizi alla persona e delle strutture residenziali pubbliche e private. Con l'approvazione di uno specifico provvedimento legislativo saranno individuati, per le diverse tipologie di strutture, i requisiti tecnico-organizzativi, funzionali e qualitativi dei servizi, anche in raccordo, per quanto compatibile, con i concetti e le procedure contenuti nella *L.R. n. 8/1999*.

L'accreditamento consiste nel riconoscimento pubblico del possesso di ulteriori requisiti di qualità rispetto a quelli autorizzativi ed è titolo necessario per erogare servizi da parte e per conto degli enti pubblici competenti, nel rispetto degli obiettivi della programmazione regionale e locale.

Con l'approvazione della legge si renderà necessario determinare la definizione delle funzioni regionali in materia, l'operatività delle diverse istituzioni secondo le funzioni attribuite dalla legge, le competenze tecniche per l'attuazione dei processi di accreditamento e l'accertamento dei requisiti richiesti. Potrà inoltre essere individuato l'utilizzo di "buoni servizio" quali strumenti di accesso al sistema di servizi e strutture accreditate e le indicazioni tariffarie di riferimento per gli Enti locali titolari delle funzioni amministrative e gestionali dei servizi.

Nelle more dell'intervento legislativo, la Regione promuove e verifica interventi territoriali che, nell'ambito delle normative vigenti, tendono a sperimentare soluzioni organizzative innovative e di qualificazione dei servizi, che prefigurano aspetti applicabili in un futuro sistema di servizi e strutture accreditate, nel rispetto delle procedure previste per le sperimentazioni (punto 2.3.5.).

2.3.4. Le regole per l'affidamento dei servizi

La Regione ricerca soluzioni migliorative per approntare norme giuridiche, linee-guida, modelli di riferimento, azioni di informazione e formazione, finalizzate a supportare gli Enti del territorio nell'affidamento a terzi dei servizi alla persona, favorire l'uniformità dei comportamenti sul territorio e, soprattutto, garantire la qualità delle prestazioni. Attraverso l'esercizio del potere normativo e di indirizzo, dovrà pertanto promuovere modelli procedurali, di appalto e di affidamento, idonei a costruire rapporti pubblico/privati in cui siano valorizzate le capacità progettuali e le competenze professionali dei soggetti affidatari.

A partire dagli atti di riferimento attualmente vigenti, che sono costituiti dall'*articolo 19 della L.R. n. 41/2005* e dalla *Delib.C.R. n. 199/2001*, dovranno altresì essere adeguatamente sottolineate le irrinunciabili funzioni di programmazione, presa in carico, regolazione, garanzia e controllo svolte dai competenti soggetti pubblici, anche prevedendo modalità e strumenti per il monitoraggio e la verifica "in itinere" per rendere possibile un'evoluzione dinamica dei servizi e quindi la qualità dei medesimi nel tempo.

Un'attenzione particolare dovrà essere riservata alle modalità di rapporto specifiche con il no profit, in grado di ottimizzare le risorse della comunità locale. L'obiettivo è quello di individuare procedure innovative, alternative sia all'appalto che alla concessione, che perseguano l'efficacia e l'efficienza degli interventi, e che, nel rispetto dei principi di trasparenza, concorrenza e legalità, rendano effettiva la partecipazione dei soggetti sociali.

In questo quadro rientra anche la definizione dei criteri per le tariffe da corrispondere ai soggetti accreditati.

2.3.5. Sperimentazioni per le innovazioni del sistema dei servizi

Le sperimentazioni di strutture residenziali e semiresidenziali, di servizi alla persona, di modalità organizzative innovative del sistema, potranno essere attivate a seguito della definizione, da parte della Giunta regionale, di specifiche procedure, nel rispetto delle seguenti indicazioni:

- i progetti di sperimentazione, da realizzare in determinati territori, sono presentati alla Giunta regionale da soggetti pubblici e da privati, previo controllo di conformità su gli atti della programmazione regionale e locale (Piani di Zona o Piani Integrati di Salute) effettuati dagli enti territoriali competenti;

- la Giunta regionale, valutato il progetto di sperimentazione presentato, procede alla sua eventuale approvazione, fissando il termine entro il quale la sperimentazione si dovrà concludere;

- la sperimentazione, una volta avviata, è soggetta ad attività di monitoraggio con modalità definite dall'atto di approvazione. La finalità è quella di verificare la rispondenza agli obiettivi fissati dalla sperimentazione stessa e l'efficacia del modello posto in essere.

I risultati della sperimentazione sono acquisiti dalla Giunta regionale che esercita la funzione di controllo e valutazione delle sperimentazioni.

(3) Intero paragrafo così sostituito dalla *Delib.C.R. 11 novembre 2009, n. 69*, come riportato nell'allegato A alla medesima deliberazione.

(4) Alinea così sostituito dalla *Delib.C.R. 11 novembre 2009, n. 69*, come riportato nell'allegato A alla medesima deliberazione.

3. Gli strumenti della programmazione regionale

Obiettivo della programmazione regionale è di assicurare la coerenza delle azioni di Governo, integrazione delle politiche settoriali, la certezza dei rapporti tra soggetti pubblici e privati al fine di garantire i diritti dei cittadini. In ambito del sociale il presente Piano Integrato Sociale Regionale è il documento che con riferimento alle leggi e agli atti normativi, al PRS e al DPEF determina gli indirizzi delle politiche regionali e del sistema degli enti locali e ne coordina gli strumenti di intervento assicurando le risorse derivanti dal bilancio regionale e dai trasferimenti statali.

3.1. La programmazione regionale e l'integrazione dei piani di settore

Il PISR determina gli obiettivi, le finalità e le tipologie d'intervento nell'ambito del settore delle politiche sociali assicura l'integrazione con le politiche abitative, dei trasporti, dell'educazione, dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro, culturali dello sport e del tempo libero, nonché con tutti gli altri interventi finalizzati al benessere della persona e della comunità e alla prevenzione delle condizioni di disagio sociale.

3.1.1. Gli atti attuativi del PISR

Annualmente, con riferimento alle disponibilità finanziarie contenute nella legge di bilancio e alle determinazioni del DPEF, in base a quanto previsto dall'*articolo 10-bis della L.R. n. 49/1999* e successive modifiche ed integrazioni, la Giunta regionale approva un documento attuativo del piano per l'anno in corso che stabilisce gli obiettivi di realizzazione annuali e attribuisce le risorse finanziarie necessarie.

3.2. L'integrazione degli interventi dei servizi sociali e di quelli sanitari

Il PISR in raccordo con il PSR promuove la realizzazione di una programmazione regionale integrata in ambito socio-sanitario, con un unico documento di programmazione delle attività ad integrazione socio-sanitaria, nell'ottica di un approccio intersettoriale in cui sono definiti il sistema delle responsabilità e le condizioni per affrontare in modo nuovo i problemi.

A questo scopo individua condizioni per sperimentare soluzioni alla domanda di integrazione istituzionale e operativa che il territorio esprime, in particolare relativamente alle modalità di accesso unitarie ai servizi del sistema integrato.

Sono anche individuati i servizi inerenti alle aree di integrazione socio-sanitaria e definiti i criteri per il concorso delle risorse sanitarie e sociali in attuazione del *D.P.C.M. 14 febbraio 2001*.

Il documento unitario per le politiche relative all' integrazione riunifica, con riferimento al periodo della legislatura, i contenuti di queste materie relativamente al PISR e al PSR, che dovranno risultare allineati anche rispetto alla validità temporale. Ciò consente di razionalizzare gli strumenti di sistema indicati, l'analisi e l'orientamento della domanda, l'organizzazione dell'offerta, il governo delle risorse finanziarie, nel senso di sostenere una reale integrazione socio sanitaria.

3.2.1. Il collegamento con il Piano Sanitario Regionale

Il perseguimento di obiettivi di salute mediante la programmazione integrata sanitaria e sociale rende più stretto il rapporto con il Piano sanitario regionale e con i suoi strumenti operativi.

Dal punto di vista degli strumenti e delle strategie, il sistema sanitario ha scelto di riordinare gli assetti dei servizi territoriali attraverso la predisposizione del Piano Integrato di salute, per la programmazione della zona-distretto. La sperimentazione della Società della Salute, quale nuovo modello organizzativo integrato, adotta il Piano integrato di salute quale strumento unico della programmazione sanitaria e sociale e sostitutivo del piano di zona. La *legge regionale n. 41/2005* all'art. 29, comma 4, orienta la scelta anche delle zone non interessate alla sperimentazione delle SdS verso l'adozione del Piano Integrato di salute: "Nel caso di sperimentazione delle Società della Salute, ovvero in caso di intesa tra l'articolazione zonale della conferenza dei sindaci e l'azienda unità sanitaria locale di riferimento, il piano integrato di salute costituisce lo strumento unico di programmazione locale della zona-distretto".

Dal punto di vista dei contenuti operativi e degli obiettivi di salute il collegamento con il Piano sanitario regionale è assolutamente indispensabile e, secondo il principio di gradualità, dovranno essere individuate le materie oggetto del nuovo processo di programmazione che, dall'integrazione, ne segni il superamento in una visione più complessiva e più aderente alle caratteristiche ed ai bisogni della zona-distretto.

3.2.2. Interventi sociali e sanitari integrati

La scelta della Regione Toscana, già operata nella precedente legislatura e coerentemente confermata, di orientare la programmazione sanitaria e sociale verso obiettivi di salute, integrando le conoscenze, le competenze ed i modelli organizzativi, secondo le incidenze dei determinanti di salute agevola il processo di unificazione degli strumenti della programmazione regionale in queste materie.

La predisposizione del presente Piano Integrato Sociale Regionale, pertanto, si propone di operare in una ottica di più stretta integrazione con il sistema sanitario, superando la storica dinamica relativa solo alla classica materia della cosiddetta "alta integrazione".

Trattandosi di processo complesso sia dal punto di vista culturale che operativo, sarà opportuna la necessaria gradualità. Dovranno essere quindi individuati i settori e le materie che, ancorché afferenti alle singole competenze (sanitaria e sociale), dovranno essere programmaticamente valutate ed orientate in modo integrato. L'esito di tale analisi potrà essere modificativo dello stesso Piano Sanitario Regionale per quelle parti che saranno inserite nelle dinamiche integrate secondo il presente PISR.

Ulteriore elemento innovativo è la consapevolezza che in chiave di programmazione integrata dovrà essere posta attenzione alle attività, la cui specificità e complessità, individuate a livello regionale, rendono opportuno orientare la programmazione in un contesto territorialmente coerente al fine di garantire appropriatezza delle risposte, omogeneità di crescita ed equilibrio territoriale. A questo proposito sono individuate le azioni relative ad adozione, autismo, multiminorazioni.

3.3. Programmazione e verifica di compatibilità per le strutture di cui al titolo II, capo III della L.R. n. 41/2005

L'esperienza consolidata in ambito sanitario suggerisce di collocare la programmazione delle strutture a livello sovracomunale; in questo senso l'attività di programmazione delle Società della salute risulta essere il livello idoneo ai fini della appropriatezza delle risposte.

Il Piano di zona o il Piano Integrato di Salute dovrà indicare il fabbisogno di residenzialità e semiresidenzialità rilevato per le diverse tipologie di utenza e, in relazione alla offerta esistente (sia di strutture sia di servizi alternativi), gli ambiti territoriali nei quali si riscontra carenza di strutture delle diverse tipologie, con particolare riferimento alle strutture ad integrazione socio-sanitaria.

Il comune effettua la verifica della compatibilità dei progetti di realizzazione o di ampliamento di strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche e private in conformità a quanto previsto all'*articolo 20, comma 1 della L.R. n. 41/2005*.

3.3.1 Sperimentazioni di tipologie di strutture residenziali e semi residenziali (art. 14, comma 5 della L.R. n. 41/2005)

In attuazione dell'*articolo 14, comma 5 della L.R. n. 41/2005* è prevista la sperimentazione di modalità per l'accoglienza di persone che presentano problematiche e bisogni non riconducibili alle caratteristiche delle strutture individuate agli articoli 21 e 22 della stessa legge, nonché di quelle che verranno individuate nel regolamento di attuazione della *L.R. n. 41/2005*.

Qualora si presenti la necessità di dare risposta a problematiche composite e diversificate sotto il profilo della non autosufficienza, della fragilità personale e sociale, della disabilità e del disagio relazionale, in particolare attraverso formule organizzative di carattere innovativo e tali da razionalizzare l'impiego delle risorse e da valorizzare le relazioni tra le persone, possono essere presentati alla Regione da soggetti pubblici e privati progetti di sperimentazione da realizzare in determinati territori previo controllo di conformità, da parte degli enti territoriali competenti, agli atti della programmazione regionale e locale - Piani di Zona e Piani Integrati di Salute.

La Regione verifica, attraverso una commissione appositamente costituita, l'opportunità del progetto di sperimentazione presentato e procede con atto della Giunta regionale alla sua eventuale approvazione.

La sperimentazione, una volta avviata, è soggetta ad attività di monitoraggio da parte della commissione regionale di cui sopra. La finalità è quella di verificare la rispondenza agli obiettivi fissati dalla sperimentazione stessa e l'efficacia del modello posto in essere.

I risultati dell'attività di monitoraggio congiuntamente ai rapporti che il soggetto titolare della sperimentazione è tenuto a produrre periodicamente, secondo quanto previsto dall'atto di approvazione della sperimentazione, sono acquisiti dalla Regione che esercita la funzione di controllo e valutazione della sperimentazione.

3.4. Il finanziamento del sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale

Per il finanziamento del sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale si possono individuare più elementi critici che sono di oggettiva difficoltà al sistema:

- un insufficiente finanziamento del sistema, che storicamente deriva dalla concezione non universalistica ma filantropica dell'assistenza. Il mutare e l'accrescersi dei bisogni, l'affermarsi di una concezione universalistica ha negli ultimi anni ancora di più accentuato questa povertà;

- la mancanza di certezza di continuità nel finanziamento che non ha rapporto né a livello nazionale, né regionale, né tanto meno locale, con indicatori oggettivi di capacità o di bisogno, ma è determinato annualmente sulla base dei bilanci;

- il frazionamento dei soggetti finanziatori in un sistema che vede quote di risorse rese disponibili dallo Stato, dalle Regioni, dagli altri Enti locali. Non vi è poi, né nelle diverse realtà regionali, né in ambito subregionale, una omogeneità o un apporto costante dei diversi soggetti;

- la perduranza di tendenze al finanziamento finalizzato a settori o a singole progettualità, anche nell'ambito dei trasferimenti tra soggetti istituzionali.

Questo quadro deve arricchirsi anche tenendo conto delle stime delle spese di compartecipazione da parte dei cittadini e delle famiglie al costo dei servizi, ovvero dell'acquisto diretto di attività di lavoro di cura, ed infine tener conto anche del costo virtuale delle attività in ambito familiare, soprattutto quando queste hanno comportato processi di uscita o di part-time per l'esperienza lavorativa dei familiari.

3.4.1. Il finanziamento integrato del Fondo

Il Fondo per le politiche sociali è alimentato da risorse provenienti da tre diversi livelli:

1. la Regione con il Fondo Regionale per l'Assistenza Sociale;
2. lo Stato, attraverso il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali e altri fondi nazionali finalizzati ad interventi in ambito sociale;
3. i Comuni con risorse proprie e gli introiti di compartecipazione a carico dei soggetti e delle famiglie.

1. Le risorse libere regionali derivano dalle previsioni del Bilancio pluriennale (2007-2009) e dalla relativa proiezione per l'anno 2010 e risultano consolidate quale spesa storica di trasferimento agli Enti locali territoriali.

Una parte delle risorse previste per il 2007 è già stata impegnata o prenotata in conseguenza della proroga del PISR 2002-2004 operata dall'*articolo 63, comma 2, della L.R. n. 41/2005*.

Risorse libere regionali – Bilancio previsione 2007 Pluriennale 2008-2009

UPB	2007	di cui prenotati o impegnati	2008	2009	2010 (ipotesi)
122	100.000,00	18.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00
211	2.390.000,00		2.390.000,00	2.390.000,00	2.400.000,00
212	450.000,00	35.000,00	450.000,00	450.000,00	450.000,00
221	1.990.000,00	385.000,00	1.740.000,00	1.990.000,00	2.000.000,00
231	17.500.000,00		17.500.000,00	17.500.000,00	18.000.000,00
261	600.000,00		600.000,00		600.000,00
Totale	23.030.000,00	438.000,00	22.780.000,00	22.430.000,00	23.550.000,00

2. Le risorse regionali derivanti dal Fondo Sanitario sono contenute nelle previsioni del Bilancio pluriennale (2007-2009) e nella relativa proiezione per l'anno 2010 e risultano quale spesa di iniziativa regionale riferita alle attività dei settori della integrazione socio-sanitaria. Non è ricompresa la spesa per gli stessi ambiti di intervento di trasferimento alle Aziende USL del Fondo Sanitario per i livelli essenziali (LEA).

Tali risorse sono collegate al Piano sanitario regionale (PSR) 2005-2007, approvato con *Delib.C.R. 16 febbraio 2005, n. 22* e alla proiezione sul successivo periodo di programmazione.

UPB	2007	di cui prenotati o impegnati	2008	2009	2010 (ipotesi)
261	6.009.850,00	2.347.850,00	5.847.850,00	5.847.850,00	5.900.000,00
265	2.300.000,00	2.060.000,00	2.300.000,00	2.300.000,00	2.300.000,00
Totale	8.309.850,00	4.407.850,00	8.147.850,00	8.147.850,00	8.200.000,00

3. Le risorse derivanti dallo Stato sono quelle previste nella Finanziaria 2007, anche con riferimento al bilancio pluriennale, per il Fondo Nazionale Politiche Sociali (FNPS) e per gli altri Fondi finalizzati introdotti dalla stessa finanziaria (famiglia, non autosufficienza, immigrazione e inclusione, giovani). Al momento della redazione del piano è ancora in corso la trattativa con il Governo per la determinazione delle quote di trasferimento alle regioni, in quanto la sola quantificazione dei Fondi in sede di Bilancio non definisce e non assicura le somme effettivamente assicurate alle Regioni. Per il FNPS la stima deriva dalle tabelle consolidate in sede di previsione di ripartizione tra le Regioni delle risorse sociali (percentuale di accesso della Toscana al FNPS = 6,55%), per gli altri Fondi la stima è cauta e prevede un riparto alle regioni del 50% delle somme previste nei diversi fondi, con un accesso della Toscana stimato al 6%.

Finanziamento statale - Stime

	2007	2008	2009	2010
FNPS	62.225.000,00	65.500.000,00	65.500.000,00	65.500.000,00
Altri fondi	12.000.000,00	16.800.000,00	16.800.000,00	16.800.000,00
Totale	74.225.000,00	82.300.000,00	82.300.000,00	82.300.000,00

4. Il PIR "Assistenza e integrazione per la non autosufficienza" inserito nel Programma Regionale di Sviluppo 2006-2010 promuove un programma di generalizzata estensione della assistenza ai soggetti non autosufficienti e disabili anche con l'attivazione di risorse regionali che integrano l'attuale spesa del Fondo Sanitario per i livelli essenziali (LEA) per la non autosufficienza.

Relativamente al Fondo sanitario, le risorse indicate individuano la spesa attualmente accertata per i Livelli Essenziali di Assistenza sanitari per la non autosufficienza. Tali risorse saranno assegnate al Progetto per la non autosufficienza con un procedimento di tipo modulare e in particolare:

a) nel 2008 è stata destinata una quota di risorse al Progetto con riferimento al periodo della sua attivazione (modularità relativa al tempo);

b) in relazione al suo sviluppo annuale, saranno progressivamente ricondotte al Progetto le funzioni residenziali (nel 2008) e progressivamente vi sarà l'estensione alle funzioni semiresidenziali e domiciliari (nel 2009 e nel 2010) (modularità relativa alle funzioni assistenziali);

c) sarà ulteriormente implementabile la spesa relativa alla disabilità di soggetti con età inferiore ai 65 anni (modularità relativa ai soggetti fruitori).

Risorse per la non autosufficienza (P.I.R. 2.5 del P.R.S. 2006-2010)

La Regione Toscana ha previsto per il Fondo Regionale per la NON autosufficienza, istituito con l'entrata in vigore della *legge regionale 18 dicembre 2008, n. 66*, un livello di spesa a regime a titolo di risorse libere regionali pari a Euro 80.000.000,00 l'anno, che - in aggiunta alla quota di fondo sanitario, relativo ai livelli essenziali per la non autosufficienza LEA prevista in Euro 180.000.0000,00 per ciascuno degli anni 2009 e 2010 - garantisce un importo complessivo di risorse a disposizione (a partire dal 2010) di Euro 260.0000.000,00, in stretta coerenza con quanto riportato per il P.I.R. 2.5 dal DPEF 2010 (5).

5. Negli interventi territoriali che realizzano il progetto di "Assistenza e integrazione per la non autosufficienza" va inoltre considerato lo scenario di risorse pubbliche che non transitano dal bilancio regionale (Comuni ed altri Enti Locali, sulla base della rilevazione ISTAT della spesa sociale), e delle risorse che costituiscono trasferimenti economici di natura assistenziale alle famiglie sulla base di provvedimenti nazionali (es. indennità di accompagnamento) e le diverse forme di compartecipazione diretta da parte dei cittadini e delle famiglie, sulla base di stime.

Altre risorse attivabili ma che non transitano dal bilancio regionale

	2007	2008	2009	2010
Enti Locali	120.000.000,00	120.000.000,00	120.000.000,00	120.000.000,00
Emolumenti assistenziali e compartecipazioni	560.000.000,00	560.000.000,00	560.000.000,00	560.000.000,00
Totale per anno	680.000.000,00	680.000.000,00	680.000.000,00	680.000.000,00
Totale complessivo	2.720.000.000,00			

6. Il PIR "Inclusione e cittadinanza degli immigrati nella multiculturalità" inserito nel Programma Regionale di Sviluppo 2006-2010 prevede l'entrata in vigore della normativa regionale in materia di immigrazione e la sua relativa attuazione, promuovendo l'integrazione delle politiche regionali sull'immigrazione attraverso la creazione di un piano condiviso in materia.

Le risorse individuate per questo PIR non sono aggiuntive, in analogia alle previsioni contenute nella proposta di DPEF, in quanto sono identificate risorse già presenti nel Fondo sociale regionale e dai trasferimenti nazionali che vengono finalizzate a tali interventi.

7. Le risorse per le politiche degli investimenti sono contenute nelle previsioni del Bilancio pluriennale (2007-2009) e dalla relativa proiezione per l'anno 2010 e hanno la finalità di dotare il territorio regionale di strutture aperte ai bisogni delle persone socialmente più fragili, quali i disabili, gli anziani, i minori privi del sostegno familiare, le persone senza dimora, ecc.

Le risorse della UPB 222 includono l'importo complessivo di Euro 4.000.000,00 (di cui Euro 1.620.000,00 per il 2007 ed Euro 1.190.000,00 per ciascuno degli anni 2008 e 2009) stanziati a seguito della *L.R. n. 70/2005* (Legge finanziaria regionale per l'anno 2006) per il Programma straordinario degli investimenti per lo sviluppo di strutture innovative per il sociale.

Investimenti

UPB	Fondo	2007	2008	2009	2010 (ipotesi)
222	regionale	4.230.000,00	3.800.000,00	3.800.000,00	4.000.000,00
233	regionale	407.872,72	437.872,72	437.872,72	450.000,00
246	sanitario	250.000,00	250.000,00	250.000,00	250.000,00
Totale	per anno	4.887.872,72	4.487.872,72	4.487.872,72	4.700.000,00

Nel quadro complessivo può essere considerata anche la partecipazione alla spesa delle ASL, che intervengono con risorse proprie nei casi di domanda di interventi complessi che richiedono la compresenza di competenze sia di ambito sanitario che sociale (l'area della cosiddetta alta-integrazione socio-sanitaria, in cui rientrano principalmente l'assistenza domiciliare integrata e residenziale).

L'obiettivo del PISR è quello di intervenire, attraverso le risorse che concorrono a determinare il fondo, come sopra indicate, sugli elementi di criticità individuati per la sostenibilità del sistema.

In questo senso è necessario dare coerenza al raccordo tra obiettivi strategici e di settore indicati dal Piano e priorità di finanziamenti. Naturalmente questo accompagna una attenta ricognizione delle risorse, un loro efficiente utilizzo, la razionalizzazione di interventi e servizi, che non deve apparire incoerente con una spinta ad una loro maggiore diffusione e grado di copertura del bisogno.

Rimane fondamentale l'autonomia dei soggetti istituzionali competenti, cioè dei Comuni, ad assicurare in forma integrata, ma autonoma i principi di organizzazione dei servizi e dell'erogazione delle prestazioni sul territorio.

Ai fini della sostenibilità del sistema di solidarietà sociale, è necessaria l'affermazione del principio che l'impegno solidaristico della comunità deve vedere in primo luogo la promozione dei servizi a sostegno dei soggetti familiari più vicini alla persona bisognosa. Un sistema universalistico non può non comprendere al suo interno modalità eque ed omogenee di compartecipazione ai costi delle prestazioni.

Riepilogo delle risorse che transitano dal bilancio regionale (6)

Tipologia risorse	2007	Di cui prenotati o impegnati	2008	2009	2010
Libere regionali	23.030.000,00	438.000,00	22.780.000,00	22.430.000,00	23.550.000,00
Fondo sanitario	8.309.850,00	4.407.850,00	8.147.850,00	8.147.850,00	8.200.000,00
Fondo statale (stime)	74.225.000,00		82.300.000,00	82.300.000,00	82.300.000,00
Risorse per non autosufficienza			55.000.000,00	80.000.000,00	80.000.000,00
Fondo sanitario livelli essenziali per la non autosufficienza			180.000.000,00	180.000.000,00	180.000.000,00
Libere regionali per investimenti	4.887.872,72		4.487.872,72	4.487.872,72	4.700.000,00
totale	110.452.722,72	4.845.850,00	352.715.722,72	377.365.722,72	378.750.000,00
Totale complessivo	1.219.284.168,16				

La Regione Toscana ha previsto per il Fondo Regionale per la NON autosufficienza, istituito con l'entrata in vigore della *legge regionale 18 dicembre 2008, n. 66*, di garantire un livello di spesa a regime, a titolo di risorse libere regionali, pari a Euro 80.000.000,00 per gli anni 2009 e 2010, che - in aggiunta alla quota di fondo sanitario relativo ai livelli essenziali per la non autosufficienza LEA, prevista in Euro 180.000.0000,00 per ciascuno degli anni 2009 e 2010 - garantisce un importo complessivo di risorse a disposizione (a partire dal 2010) di Euro 260.0000.000,00, in stretta coerenza con quanto riportato per il P.I.R. 2.5 dal DPEF 2010.

3.4.2. Il patto interistituzionale e pluriennale per il sostegno dei livelli base di cittadinanza sociale e le intese interistituzionali per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente (7)

Nel quadro nazionale una delle specificità del sistema toscano è dato dal forte livello di partecipazione alla spesa sociale da parte dei Comuni. Pur con sensibili differenze nella spesa pro capite e nell'incidenza sulla spesa complessiva, i Comuni toscani rendono disponibili ben oltre il 50% della spesa sociale istituzionale. È evidente che la programmazione regionale così come la programmazione degli ambiti territoriali non possa svincolarsi da uno stretto rapporto, da una forte condivisione tra diversi livelli istituzionali.

Questo modello può vedere oggi una sua più avanzata definizione con la previsione di un “patto per il sostegno dei livelli di base di cittadinanza sociale” fra tutte le istituzioni. Questo patto impegna al sostegno delle politiche del welfare locale, con riferimento alla quantità delle risorse, alla loro durata pluriennale, al loro utilizzo per le finalità e le priorità stabilite dalla programmazione per il sostegno dei livelli essenziali.

Il patto per il sostegno dei livelli di base di cittadinanza sociale, che vede firmatari la Regione e gli altri soggetti istituzionali della zona, si pone l'obiettivo della realizzazione, durante il periodo di vigenza del piano, di livelli base di cittadinanza sociale omogenei con il fine di conseguire maggiore equità sociale e di contenere le disuguaglianze fra i diversi territori della regione.

Allo stesso tempo le dinamiche per la creazione e il sostegno al welfare locale richiedono un processo di coinvolgimento ed integrazione di tutte le istanze sociali di un territorio. Questo processo si consolida attraverso del “patto territoriale” da parte dei soggetti partecipanti alla Conferenza istruttoria.

Da ciò possono derivare anche ulteriori strumenti finalizzati alla costruzione di reti di solidarietà.

La partecipazione delle istanze locali alla predisposizione del Piano integrato di salute, agevola l'individuazione di strategie sociali e di obiettivi specifici sui quali far convergere le volontà e le azioni oggetto dei patti territoriali.

Per la rilevanza che ha assunto per la Regione Toscana l'assistenza continua alla persona non autosufficiente, si prevede la sottoscrizione di intese interistituzionali, a livello zonale, tra Regione Toscana, ASL ed Enti Locali. Attraverso tali atti, viene definito un sistema di protezione sociale e di cura per le persone non autosufficienti sulla base dei principi generali di universalità nell'accesso alle prestazioni, di integrazione delle politiche sanitarie e sociali, di sostegno alla domiciliarità e di coinvolgimento delle comunità locali nell'attuazione degli interventi e nella valutazione degli esiti.

Le intese interistituzionali, contengono gli impegni dei diversi soggetti interistituzionali a garantire adeguati livelli di assistenza sociale di base e ad assicurare il complesso delle risorse già dedicate alle politiche di sostegno alla non autosufficienza.

3.4.2.1. Definizione dei livelli base di cittadinanza-sociale

Nella definizione dei livelli base di cittadinanza sociale si sono considerate le due dimensioni, tra loro connesse relative a:

- 1) livelli di spesa
- 2) livelli di prestazioni.

Relativamente al primo punto (livelli di spesa), la Regione intende innalzare il livello della spesa sociale in tutte le zone sociosanitarie in cui risulta una più bassa spesa pro-capite.

Partendo dai dati di spesa rilevati dall'ISTAT, sono state considerate le quote di spesa pro-capite derivanti esclusivamente da fondi sociali. La spesa sociale pro capite media regionale risulta pari ad Euro 105,00. Assumendo tale dato come riferimento, la Regione si pone l'obiettivo di sostenere, anche attraverso un intervento perequativo, il raggiungimento, su tutto il territorio regionale, di una spesa minima pro-capite fissata in 55 euro, con un percorso graduale da effettuarsi nel periodo di vigenza del piano.

Il sostegno economico della Regione viene calcolato annualmente sulla base della effettiva crescita quantitativa e qualitativa dell'offerta da parte delle zone interessate.

Si prevedono inoltre attivazioni e implementazioni di soluzioni avanzate relative al rapporto qualità/costi dei servizi, alla facilitazione dell'accesso e alla semplificazione amministrativa delle procedure.

Per questo tipo di percorso la Regione prevede lo stanziamento di una quota finalizzata da destinare alle Zone socio-sanitarie, con un livello di spesa medio alto individuato in una spesa pro-capite pari o superiore ai 90 euro, da erogare sulla base di appositi progetti da presentare alla Regione con i Piani di zona o con i Piani integrati di salute.

Il sostegno economico della Regione, per questa operazione di accompagnamento, viene calcolato annualmente sulla base della corrispondente capacità di realizzazione dei progetti di qualificazione del sistema presentati dalle zone e dalle Società della salute interessate.

Oltre al sostegno finanziario la Regione fornisce anche un sostegno tecnico ed interviene quindi facilitando la diffusione di buone prassi e la riqualificazione del sistema di erogazione nei territori interessati.

Relativamente al secondo punto (livelli di prestazioni), oltre allo sviluppo dei servizi pubblici, e al coordinamento dei servizi sociali a livello zonale e sovrazonale dovranno essere assicurate dal sistema pubblico, su tutto il territorio regionale le funzioni di accertamento, valutazione e definizione del percorso assistenziale personalizzato, attivando e/o implementando le funzioni individuate come obiettivi principali dagli indirizzi regionali.

- Servizio sociale professionale, come presidio di base per assicurare quanto previsto in termini di servizi e di prestazioni dalla *L.R. n. 41/2005*.

Gli interventi di servizio sociale professionale sono riconducibili alle attività svolte dall'assistente sociale per la prevenzione, il sostegno e il recupero di persone, famiglie, gruppi e comunità in situazioni di bisogno e di disagio, anche promuovendo e gestendo la collaborazione con organizzazioni di volontariato e del terzo settore e migliorando il tessuto sociale e relazionale della comunità locale, anche attraverso il lavoro di gruppo.

L'art. 7 della *legge regionale n. 41 del 2005* definisce le modalità di accesso alle prestazioni e ai servizi sociali sulla base della valutazione professionale del bisogno e del conseguente percorso assistenziale personalizzato.

L'assistente sociale, in qualità di responsabile del caso, assicura anche la gestione e il controllo delle prestazioni erogate in relazione agli obiettivi.

In particolare, l'attività di servizio sociale professionale si concretizza attraverso la predisposizione, insieme all'utente, di un progetto personalizzato articolato in azioni ed interventi di valutazione, accompagnamento, consulenza e sostegno per affrontare eventi e condizioni critiche, causa di disagio ed emarginazione sociale, per valorizzare ed innalzare le potenzialità delle persone e di specifici gruppi sociali. Inoltre comprende le attività di tutela dei diritti degli utenti - in particolare delle fasce più deboli - nonché di raccolta ed elaborazione dati ai fini della documentazione.

Nel percorso graduale di realizzazione dei livelli base di cittadinanza sociale occorre, in una prima fase, analizzare il monitoraggio sulla presenza degli assistenti sociali sul territorio, in modo da comprendere qual è lo standard medio di presenza rapportato al numero di abitanti. Questa analisi ci permetterà di prevedere eventuali indici di standardizzazione al fine di poter garantire nelle fasi successive una presenza più ottimale sull'intero territorio regionale.

La Regione intende individuare uno standard medio di presenza di assistenti sociali per lo svolgimento delle prestazioni di cui alla *L.R. n. 41/2005*, rapportato al numero degli abitanti,

avendo riguardo sia alle risorse delle aziende USL sia a quelle degli enti locali. Il percorso per arrivare ad una presenza ottimale sull'intero territorio regionale è il seguente:

- 1° anno: monitoraggio presenza assistenti sociali sul territorio
- 2° anno: previsione indice di standardizzazione e implementazione servizio
- 3° anno: completamento su tutto il territorio regionale del rapporto assistente sociale/popolazione ipotizzato.

- Segretariato sociale, con compiti di informazione e primo orientamento.

Il segretariato sociale è un servizio gratuito, rivolto a tutte le persone, che dà informazioni e un primo orientamento sui servizi sociali e assistenziali pubblici e privati, disponibili sul territorio. L'obiettivo del servizio è il far sì che tutti i cittadini possano essere a conoscenza delle risorse e degli aiuti di carattere socio-assistenziale e sono disponibili nel loro territorio, sulla base di quanto stabilito dalla *legge regionale n. 41/2005*.

Il segretariato sociale rappresenta la risposta al diritto dei cittadini di un determinato territorio e della comunità nel suo complesso a ricevere informazioni esatte, dettagliate esaustive e pertinenti. Fornisce notizie e informazioni sull'esistenza, sul tipo e sui metodi per accedere alle varie risorse sociali, svolge un'attività di orientamento e indirizzo del cittadino all'ente o all'organismo competente per particolari problemi, svolge anche una prima funzione di osservatorio sociale, mettendo in evidenza le necessità ricorrenti dei cittadini e dando un quadro accurato e aggiornato dei servizi presenti.

Il servizio persegue queste finalità:

a) costituire per la comunità locale una sede di riferimento presso la quale è possibile ottenere informazioni personalizzate in relazione a specifiche esigenze e, se necessario, aiuto alla persona nel rivolgersi ai servizi;

b) contribuire a rendere effettiva la partecipazione dei cittadini all'attività dell'amministrazione costituendo una sede attiva di diffusione delle informazioni che riguardano l'intera collettività o fasce estese della popolazione;

c) collaborare con i servizi e con le forze sociali del territorio nella rilevazione dei bisogni emergenti e nella verifica della funzionalità e rispondenza delle risorse alle necessità dell'utenza.

Il segretariato sociale è inteso come un sistema a responsabilità pubblica. Per l'attività di informazione sulla rete dei servizi e di sostegno alle procedure di accesso, possono essere impiegati organismi senza fine di lucro purché estranei alla gestione dei servizi.

Le sedi del servizio di segretariato sociale devono essere note agli uffici di Relazione con il Pubblico dei Comuni.

In una prima fase di attuazione dei livelli base di cittadinanza sociale occorre verificare e sostenere il dimensionamento del servizio. La Regione Toscana predisporrà, poi, appositi strumenti di monitoraggio per verificare, a fine del triennio di attuazione, che la rete informativa copra in modo razionale tutto il territorio regionale, in base anche alla concentrazione del bisogno.

La Regione intende garantire la presenza su tutto il territorio dell'attività di segretariato sociale intesa come servizio gratuito, rivolto a tutte le persone, che dà informazioni e un primo orientamento sui servizi sociali e assistenziali pubblici e privati disponibili.

Il percorso per arrivare ad una presenza ottimale sull'intero territorio regionale è il seguente:

- 1° anno: verifica presenza del servizio sul territorio
- 2° anno: implementazione del servizio; predisposizione strumenti di monitoraggio

- 3° anno: raggiungimento su tutto il territorio di una presenza razionale della rete informativa in base alla concentrazione del bisogno.

- Pronto intervento sociale per i casi in cui debbano essere attivati interventi immediati.

Il servizio del Pronto Intervento Sociale si propone di garantire una risposta tempestiva e concreta a persone che si vengono a trovare in situazioni gravi, impreviste ed imprevedibili anche attraverso l'accesso immediato a strutture di pronta accoglienza, richiesti fuori degli orari d'accesso al consueto servizio d'assistenza sociale.

L'attivazione del pronto intervento sociale deve essere organizzata da parte dei Servizi Sociali, anche coinvolgendo i soggetti adeguati del terzo settore.

Le situazioni, per essere individuate come urgenti e per poter quindi attivare le risorse dedicate, dovranno rispondere a dei criteri che dovranno essere poi definiti e concordati con i soggetti interessati.

In particolare si intende fronteggiare:

- situazioni di emergenza per protezione e tutela a favore di minori;
- situazioni di emergenza di adulti in situazioni di abbandono, deprivazione totale, violenza psico/fisica tale da costituire grave pregiudizio;
- altra situazione di estrema gravità e pericolo per la persona.

Nella prima fase di applicazione dei livelli base di cittadinanza sociale è necessario verificare le esperienze di pronto intervento esistenti sul territorio e identificare attraverso una prima ricognizione ciò che è emergenza, sia in senso proprio, sia in riferimento alla casistica che può insistere sui diversi territori.

Nel corso del triennio occorre poi configurare un dimensionamento del servizio in relazione alle caratteristiche territoriali e ai risultati del monitoraggio per il quale la Regione predisporrà i relativi strumenti.

La Regione intende assicurare la reperibilità, nell'arco delle 24 ore, degli assistenti sodali. Il servizio di pronto intervento sociale deve essere organizzato in modo da garantire l'attivazione di interventi immediati con la relativa copertura finanziaria.

Il percorso per arrivare ad una presenza ottimale del servizio di pronto intervento sociale sull'intero territorio regionale è il seguente:

- 1° anno: verifica presenza del servizio sul territorio e identificazione delle situazioni di emergenza che più frequentemente attivano il servizio
- 2° anno: implementazione del servizio; predisposizione strumenti di monitoraggio
- 3° anno: raggiungimento su tutto il territorio di una presenza adeguata in base alle caratteristiche territoriali e ai risultati del monitoraggio.

- Punto unico di accesso, a partire dal modello previsto dalla *Delib.G.R. n. 402/2004*, con l'estensione alle diverse aree di bisogno e tipologie di risposta.

Il PUA nasce con lo scopo di interpretare i bisogni dei soggetti più fragili e incanalare in modo corretto le loro richieste verso la risposta più appropriata. L'obiettivo generale è quello di aiutare coloro che si devono orientare nel sistema dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali per ottenere risposte adeguate ai problemi di cui sono portatori.

Nelle sperimentazioni già avviate sul territorio è stata prevista la seguente articolazione del PUA:

- presidi centralizzati a livello di zona-distretto dove si attiva la "presa in carico";

- sportelli territoriali decentrati a cui le persone possono accedere direttamente per la presentazione delle domande di intervento, da inoltrare al presidio centralizzato.

In questi presidi sperimentali sono previste le presenze dell'assistente sociale, dell'infermiere professionale e del medico che costituiscono il gruppo minimale di progetto.

Con l'individuazione dei livelli base di cittadinanza sociale il punto unico di accesso andrà ad ampliare le sue funzioni e diverrà la porta di accesso unitario ai servizi ed alle prestazioni integrate per tutti i cittadini, in modo da favorire la semplificazione della presentazione delle domande di intervento e la unificazione delle procedure di organizzazione dell'offerta assistenziale.

Poiché elemento essenziale per l'organizzazione del punto unico di accesso è il suo ottimale posizionamento all'interno dell'ambito territoriale, si ritiene che l'articolazione prevista dalla sperimentazione in essere rappresenti una soluzione opportuna e comunque da sottoporre a specifiche verifiche.

Nel punto unico sarà garantita ai cittadini la presenza di operatori specializzati che non svolgeranno solo funzioni di accoglienza, ma che saranno in grado di svolgere una prima analisi dei bisogni condivisa con la persona attraverso dei colloqui individuali e si occuperanno del successivo orientamento e accompagnamento verso la risorsa più appropriata.

L'analisi del bisogno del cittadino si baserà su una valutazione che potrà implicare l'attivazione di competenze sociali oppure sanitarie oppure di carattere multiprofessionale. Tramite il PUA si creano dunque percorsi di assistenza razionali e semplificati dal punto di vista burocratico che, oltre a garantire la trasparenza delle procedure di accesso migliorano anche l'efficienza e la tempestività dell'intervento.

La Regione intende assicurare un'ottimale presenza territoriale di Punti Unici di Accesso in modo da favorire la semplificazione della presentazione delle domande di intervento e la unificazione delle procedure di organizzazione dell'offerta assistenziale.

Il percorso da attivare è il seguente:

- 1° anno: verifica presenza del servizio sul territorio sulla base delle sperimentazioni già avviate in ottemperanza della *Delib.G.R. n. 402/2004*

- 2° anno: implementazione del servizio ed estensione delle aree di intervento

- 3° anno: raggiungimento su tutto il territorio della presenza dei PUA, da realizzarsi attraverso le 34 zone-distretto ed una rete diffusa di sportelli periferici sul territorio, in grado di garantire risposte immediate ai bisogni dei cittadini ed omogeneità a livello regionale.

3.4.3. I criteri di riparto dei trasferimenti agli Enti locali

Il fondo per le politiche sociali rappresenta, sul piano delle risorse regionali, il principale strumento finanziario per l'attuazione e lo sviluppo omogeneo su tutto il territorio del sistema degli interventi e dei servizi sociali integrati.

Esso ha carattere contributivo e perequativo rispetto all'impegno finanziario dei comuni e degli altri enti locali.

La parte più consistente del fondo viene ripartita tra gli Enti Locali, mentre la parte residuale viene destinata all'attuazione di Piani di Intervento Regionale come strumenti di qualificazione del sistema e sperimentazione di azioni strategiche trasversali.

Nella destinazione delle diverse quote del fondo, con riferimento, in particolare, alle voci "Esercizio delle funzioni attribuite ex *L.R. n. 41/2005*" e a "Applicazione dei livelli base di cittadinanza sociale", è stato tenuto conto delle specifiche caratteristiche delle zone montane della Toscana e di quanto prevede la *L.R. n. 39/2004* (comuni cui può essere attribuito il contributo di cui all'*articolo 4 della L.R. n. 39/2004*), al fine di dare concretezza al principio perequativo e di

contenere lo svantaggio sociale determinato da fattori di carattere morfologico. Allo stesso tempo è stato tenuto conto altresì dei bisogni tipici delle aree metropolitane dove sono presenti le maggiori concentrazioni di problematiche sociali tipiche delle grandi città. La considerazione di tali problematiche è presente anche nella individuazione degli indicatori utilizzati per il calcolo per le attribuzioni di base (a parametro), ovvero riferite all'esercizio delle funzioni attribuite dalla *L.R. n. 41/2005*, all'articolo 45, comma 3, lettera b), punti 1 e 2, come si evince dai contenuti del successivo paragrafo 3.4.3.1. In ogni caso tutto il territorio è interessato da un incremento delle risorse regionali attribuite alle Zone. Tale aumento dovrà essere comunque mantenuto entro una percentuale massima del 45% rispetto al 2006 per il primo anno e sarà ricalcolato per gli anni successivi.

Macro divisione del fondo

fondo sociale

enti locali	non meno dell'85%
progetti di 'ToscanaSociale'	non più del 15%

Destinazione del fondo sociale ripartito tra gli Enti locali:

Esercizio delle funzioni attribuite ex *L.R. n. 41/2005*

Funzioni attribuite dalla *legge regionale n. 41/2005 art. 45, comma 3, lettera b)*, punti 1 e 2

Integrazioni per l'esercizio delle funzioni attribuite ex *L.R. n. 41/2005*

Integrazioni per i comuni montani e con disagio: "soglia minima" (alla zona è garantito un trasferimento minimo non inferiore a 25.000 Euro per ciascun comune con tali caratteristiche:

- a favore di zone con popolazione inferiore a 15.000 abitanti
- a favore di zone con popolazione totale 15.001-25.000 abitanti
- a favore di zone con popolazione totale 25.001-40.000 abitanti.

Incentivo gestioni associate ex *L.R. n. 41/2005*

Gestione associata dei servizi e degli interventi tra i Comuni, ai sensi degli *articoli 33 e 34, L.R. n. 41/2005*.

Applicazioni dei livelli base di cittadinanza sociale

Elevazione spesa pro-capite per zone con spesa pro-capite più bassa.

Incentivo per sperimentazioni innovative per zone con spesa pro-capite più alta.

Esercizio delle funzioni sovrazionali

Funzioni sovrazionali relative a:

- invalidi civili

- funzionamento centri adozioni
- area metropolitana per problematiche aggregati urbani.

Fondo di solidarietà interistituzionale.

Criteri di riparto dei trasferimenti alle zone-distretto per le funzioni di cui alla *L.R. n. 41/2005, art. 45, comma 3, lettera b)*, punti 1 e 2:

L'attribuzione economica di cui alla *L.R. n. 41/2005* è effettuata a favore delle zone-distretto della Toscana individuate dalla normativa regionale. L'articolazione zonale o la giunta delle Società della Salute devono indicare alla Regione Toscana il soggetto istituzionale al quale trasferire la somma attribuita.

Le destinazioni delle somme attribuite devono essere dettagliate nel Piano di zona e/o nei PIS approvati e devono riguardare le seguenti funzioni indicate dalla *L.R. n. 41/2005*:

- sostegno delle funzioni attribuite agli enti locali a garanzia dei diritti di cittadinanza e per l'attuazione dei livelli essenziali di assistenza. (*L.R. n. 41/2005 art. 45, comma 3, lettera b)*, punto 1)

L'utilizzo degli importi di cui al presente paragrafo è finalizzato al mantenimento e lo sviluppo del sistema dei servizi ed interventi sociali integrati a garanzia dei diritti di cittadinanza come espresso dalla *legge regionale n. 41/2005* agli articoli 4 e 5 rogazione dei livelli base di assistenza dei servizi e degli interventi socio-assistenziali.

La quota che le zone possono destinare a tali funzioni non può essere inferiore al 60% del trasferimento ricevuto.

- sostegno di interventi, servizi e progetti innovativi determinati in sede di programmazione zonale (*L.R. n. 41/2005, art. 45, comma 3, lettera B*, punto 2)

La quota è destinata principalmente all'attivazione, in base alle priorità contenute nei Piani di Zona e nei PIS, di progetti di innovazione gestionale e amministrativa, di attivazione di sistemi informativi, alla formazione professionale del personale, all'introduzione di interventi che favoriscano la capacità di programmazione e di crescita del sistema socio-sanitario integrato, ad interventi volti a favorire e sviluppare forme di integrazione del sociale e del sociale integrato con altri settori di intervento quali, in primo luogo, le politiche abitative, la formazione e il lavoro.

La quota destinata dalle zone a tali funzioni non può essere superiore al 40% del finanziamento ricevuto.

Viene riservata una quota di risorse per la gestione associata dei servizi e degli interventi tra i Comuni, ai sensi degli *articoli 33 e 34 della L.R. n. 41/2005*, che incrementa sino al 4% le risorse attribuite per le finalità di cui ai punti precedenti.

L'attribuzione avviene con riferimento allo svolgimento di almeno 5 gestioni associate nelle aree tematiche di funzioni e servizi attinenti il settore sociale, incentivate nell'anno precedente ai sensi della *L.R. n. 40/2001*.

Lo strumento annuale di verifica dei risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi definiti dal piano di zona è rappresentato dalla relazione consuntiva di zona-distretto.

La relazione consuntiva di zona-distretto è trasmessa alla Giunta regionale nei quindici giorni successivi alla sua approvazione.

Ripartizione ed attribuzione del fondo non autosufficienza alle zone distretto. *Art. 3 legge regionale 18 dicembre 2008, n. 66 (8)*.

Il fondo è ripartito tra le zone distretto dalla Giunta Regionale sulla base delle indicazioni fornite dalla conferenza regionale delle società della salute. La ripartizione annuale viene effettuata sulla

base di una valutazione della quantità delle prestazioni assistenziali effettivamente erogate e della loro efficacia in coerenza con gli obiettivi della programmazione regionale e territoriale. Le risorse, conferite con vincolo di destinazione e gestite con contabilità separata dalle società della salute, sono attribuite tenendo conto:

a) indicatori di carattere demografico;

b) indicatori relativi all'incidenza della popolazione in condizioni di disabilità e di non autosufficienza;

c) indicatori relativi alle persone non autosufficienti, disabili anziani accolti nelle strutture residenziali e semiresidenziali.

Una quota pari al 10 per cento del fondo è finalizzata a sostenere lo sviluppo omogeneo del sistema in ambito regionale con particolare riferimento ai comuni di cui alla *legge regionale 27 luglio 2004, n. 39*, concernente norme a favore dei comuni montani e dei piccoli comuni in situazione di disagio.

Nelle zone dove non è costituita la società della salute, le risorse derivanti dal fondo, gestite con contabilità separata, sono assegnate, con vincolo di destinazione, ai soggetti indicati all'*articolo 3, commi 4 e 5 della legge regionale n. 66/2008*.

3.4.3.1. Modalità e strumenti di riparto (funzioni ex art. 45, comma 3, lettera b, L.R. n. 41/2005)

Il modello di ripartizione adottato per l'attribuzione alle zone delle risorse finanziarie finalizzate alle funzioni di cui all'articolo 45, comma 3, lettera B, di cui ai due paragrafi precedenti, si basa su indicatori che consentono di dare rilevanza, ai fini del calcolo delle quote, alle aree caratterizzate da più forti livelli di svantaggio economico e sociale.

Gli indicatori utilizzati per ripartire il fondo si distinguono in due classi:

indicatori di base

- popolazione complessiva
- % popolazione superiore ai 65 anni
- % popolazione inferiore ai 5 anni
- % disoccupati
- % immigrati

indicatori di correzione:

- reddito medio pro-capite
- diffusione della povertà
- intensità della povertà
- indice di disuguaglianza

Gli indicatori di base esprimono il peso di ciascun comune sul totale regionale e sono ottenuti dal rapporto tra il valore del comune e il corrispondente valore regionale. Essi danno luogo ad una indicazione del “carico sociale”; ovvero della domanda potenziale di servizi e, di conseguenza, del potenziale bisogno di ciascuna zona. Ai valori ottenuti attraverso l’applicazione degli indicatori di base vengono applicati i quattro fattori di correzione indicati, che sono volti a dare maggior peso alle zone connotate da minori livelli di reddito, più elevati tassi di povertà e da maggiore disuguaglianza.

Il modello è elaborato dall’IRPET, su fonti Magda-Irpet e Cridire-Irpet. Gli indici per l’attribuzione del fondo derivanti dall’applicazione di tale modello danno luogo a valori direttamente proporzionali al tenore di vita medio e inversamente proporzionali alla incidenza della povertà e della disuguaglianza relativamente ai diversi territori comunali toscani.

Per il mantenimento e potenziamento del sistema consolidato dei servizi, per tutti i Comuni ricompresi nelle zone montane e per i comuni individuati ai sensi della *L.R. n. 39/2004* con indicatore unitario di disagio superiore alla media regionale, alle somme spettanti vengono applicate due diverse integrazioni. La prima è un’integrazione di soglia minima: alla zona è garantito un trasferimento minimo non inferiore a 25.000 Euro per ciascun comune rispondente alle caratteristiche sopra indicate; la seconda è un’integrazione per le zone con i più bassi valori numerici di popolazione. Quest’ultima integrazione, attribuita su base demografica, è suddivisa in tre livelli:

- integrazione per zone con popolazione inferiore ai 15.000 abitanti;
- integrazione per le zone con popolazione totale tra i 15.001 e i 25.000 abitanti;
- integrazione per le zone con popolazione totale tra i 25.001 e i 40.000 abitanti.

3.4.3.2. Quote finalizzate

* quota finalizzata all’applicazione dei livelli base di cittadinanza sociale

- innalzamento della spesa sociale per il raggiungimento di livelli minimi omogenei su tutto il territorio regionale:

una parte del Fondo per le Politiche Sociali viene trasferita alle zone socio-sanitarie con un indice di spesa sociale inferiore a 55 euro pro-capite. Il sostegno economico della Regione viene calcolato annualmente sulla base della effettiva crescita quantitativa e qualitativa dell’offerta da parte delle zone interessate

- sperimentazioni soluzioni ottimali per le zone con i livelli di spesa più alti una ulteriore quota del fondo per le Politiche Sociali viene invece destinata alle zone che presentano una spesa sociale pro-capite uguale o superiore ai 90 euro. La quota viene calcolata su base demografica ed è trasferita alle Zone che presenteranno progetti finalizzati alla sperimentazione di soluzioni avanzate relativamente al rapporto qualità/costi dei servizi, alla facilitazione dell’accesso e alla semplificazione amministrativa delle procedure. Il sostegno economico della Regione, per questa operazione di accompagnamento, viene calcolato annualmente sulla base della corrispondente capacità di realizzazione dei progetti di qualificazione del sistema, presentati dalle zone e dalle Società della salute interessate.

* quote relative all’esercizio di funzioni sovrazionali

- quota finalizzata allo svolgimento delle funzioni sovrazionali per l’invalidità civile.

Tale quota è finalizzata allo svolgimento delle funzioni relative alla concessione dei trattamenti economici a favore degli invalidi civili. I beneficiari sono i comuni capoluogo con l’aggiunta di

Empoli e Viareggio così come individuati dalla *legge regionale n. 31/2004* ed il riparto viene effettuato sulla base del dato demografico dell'ambito territoriale di riferimento al netto della popolazione dei Comuni competenti allo svolgimento delle funzioni di cui trattasi.

- quota destinata ai quattro centri adozione.

La somma viene ripartita in parti uguali tra i Comuni capofila di Firenze, Prato, Pisa e Siena.

- Quota finalizzata area metropolitana.

In ragione delle problematiche di carattere sociale e delle situazioni di disagio che tendono a concentrarsi nelle aree metropolitane, una quota del Fondo per le Politiche Sociali è destinata alle zone che compongono l'area metropolitana della Toscana.

Le zone interessate sono la Zona Valdinievole, Pistoiese, Pratese, Mugello, Empolese, Fiorentina Nord-ovest, Fiorentina Sud-est, Firenze ed il Comune di Fucecchio.

Il riparto viene effettuato sulla base del criterio demografico assicurando una soglia minima di finanziamento per zona pari ad euro 25.000.

L'utilizzo di tali importi è finalizzato alla realizzazione di programmi operativi e progetti per interventi specifici di contrasto al disagio sociale e alle problematiche che caratterizzano tali aree, secondo le determinazioni contenute nei Piani di zona e/o nei PIS approvati.

3.4.4. Il finanziamento delle attività regionali

La parte del Fondo per le politiche sociali che non viene ripartita tra gli enti locali è utilizzata per il finanziamento di attività di competenza regionale o per dare parziale sostegno a progetti presentati dalle zone e dalle Società della salute nella programmazione locale che coincidano con obiettivi di particolare interesse regionale in quanto connessi alle priorità del Piano Regionale di Sviluppo o/e del Piano Integrato Sociale Regionale.

Tali attività sono individuate nelle seguenti aree:

- realizzazione di progetti o programmi innovativi di interesse regionale, per l'omogeneizzazione e la sperimentazione di azioni strategiche trasversali;

- partecipazione a progetti e partenariati tesi alla realizzazione del benessere dei cittadini e alla valorizzazione di buone pratiche, in relazione ai quali può essere prevista una quota di cofinanziamento o di adesione;

- realizzazione delle attività dell'Osservatorio sociale regionale, finalizzate all'osservazione, monitoraggio ed analisi dei fenomeni sociali alla base dei processi di programmazione regionale e locale;

- implementazione del sistema informativo dei servizi sociali e sviluppo di un insieme organizzato e coerente di tecniche e di procedure per raccogliere e fornire informazioni utili alla programmazione, gestione e valutazione delle politiche sociali;

- promozione di campagne di comunicazione sociale di rilievo regionale su temi di particolare interesse per le politiche del welfare toscano e per la popolazione.

3.4.5. IL fondo sociale regionale di solidarietà interistituzionale: modalità di accesso, priorità e procedure di richiesta

La *legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41* "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale", all'art. 46 prevede l'istituzione di un "Fondo di Solidarietà Interistituzionale" destinato agli enti locali per far fronte alle spese necessarie per rendere effettivi i diritti di cittadinanza sociale. In modo particolare, attraverso il fondo, la Regione Toscana contribuisce alle spese connesse a:

a) interventi relativi ai soggetti di cui all'*articolo 5, commi 2, 3 e 4 della legge n. 41/2005*;

b) interventi non quantificabili preventivamente in sede programmatoria in quanto derivanti da eventi eccezionali o da fenomeni nuovi per il territorio;

c) interventi il cui costo sia suscettibile di creare gravi squilibri nelle finanze degli enti locali tenuti all'erogazione delle prestazioni.

Le modalità e i criteri per l'accesso al fondo sono definite nell'allegato 2.

3.4.6. Il Programma degli investimenti

Gli interventi di investimento, in armonia con le priorità individuate dagli obiettivi specifici dei settori, devono contribuire alla razionalizzazione degli strumenti del sistema di politiche integrate di welfare rivolte allo sviluppo delle politiche sul disagio abitativo, al sostegno ai programmi di vita delle famiglie, all'assistenza dei non autosufficienti e più in generale dei disabili, all'integrazione degli immigrati, al turismo sociale e per il sostegno dei piani di azione indicati nel presente PISR.

Contestualmente alla predisposizione dell'annuale atto attuativo che individua le risorse e la loro specifica allocazione per il presente Piano, le articolazioni zonali delle Conferenze dei Sindaci o le Società della Salute predispongono un Programma degli investimenti relativo agli interventi che si prevede di attivare nella zona.

I progetti di investimento devono contenere il piano relativo alla gestione, prevedendo anche possibilità di autogestione. Gli interventi sono finalizzati alla costruzione, recupero e riqualificazione di beni immobili pubblici con funzioni a carattere sociale in cui sono previste attività giornaliere o permanenza residenziale di soggetti in difficoltà o appartenenti a fasce sociali deboli. Le proposte di investimento, contenute nel Piano di Zona o Piano Integrato salute (PIS) assumono come riferimento la strategia e le priorità del PISR e definiscono relativamente a ciascun intervento i contenuti, le modalità di attuazione, le risorse finanziarie ed i beneficiari degli interventi stessi. Il Piano di Zona o Piano Integrato salute (PIS) deve descrivere sinteticamente l'articolazione delle proposte di investimento prioritarie esplicitando le azioni relative, i contenuti attuativi, il cronogramma ed il relativo piano finanziario e l'analisi costi-benefici. Per ogni proposta devono essere individuati gli indicatori di realizzazione, di risultato e di impatto.

La Regione si riserva una quota del fondo destinato a sperimentazione dei progetti di interesse regionale, legati alle realtà morfologiche e vocazionali del territorio, per il monitoraggio e la verifica della rispondenza dei risultati agli obiettivi proposti ed in particolare alla coerenza fra le soluzioni di tipo strutturale e le tipologie gestionali al fine di individuare modelli disseminabili in altre aree della regione.

In attuazione della programmazione integrata la riqualificazione e/o la costruzione di strutture sociali (strutture residenziali, strutture di accoglienza diurna o notturna, ecc. - *articoli 21, 22, L.R. n. 41/2005*) e non regolamentate dalla *L.R. n. 8/1999* viene sottoposta ad una valutazione integrata con gli strumenti di programmazione locale previsti dagli *articoli 11 e 37 della L.R. n. 1/2005*.

Ai fini della valutazione dei progetti di investimento si terrà conto delle previsioni di abbattimento delle barriere architettoniche negli edifici pubblici e privati contenute nei regolamenti edilizi dei singoli comuni e della loro attuazione.

Il Programma degli investimenti costituisce anche il riferimento per eventuali azioni a sostegno della procedura di accreditamento, nei progetti di adeguamento strutturale, delle strutture pubbliche agli standard che saranno definiti dalla legge.

3.4.7. Gli interventi per l'abbattimento delle barriere architettoniche

L'eliminazione delle barriere architettoniche garantisce la fruibilità in sicurezza degli spazi, dei servizi, ecc. (nel lavoro e nel tempo libero) con l'obiettivo di una reale autonomia personale di tutti

i cittadini toscani, attraverso sistemi automatizzati e soluzioni di domotica sociale che abbiano dimostrato particolari vantaggi in un rapporto costi/benefici.

Piena applicazione dovrà essere data alla previsione della legislazione regionale sulle barriere architettoniche, recentemente aggiornata, in particolare per l'adeguamento della normativa urbanistica ed edilizia locale, l'approvazione dei piani per l'eliminazione delle barriere architettoniche (PEBA), il coinvolgimento delle Associazioni di tutela delle persone con handicap più rappresentative operanti sul territorio per la verifica dei risultati degli interventi realizzati.

È stato già insediato un tavolo con la partecipazione di rappresentanti delle Associazioni di tutela e di rappresentanza delle persone disabili per la formulazione di un regolamento attuativo della *L.R. n. 1/2005* per l'abbattimento delle barriere architettoniche che tenga conto degli esiti dell'attività svolta a livello nazionale per l'unificazione delle disposizioni contenute nel *D.M. n. 236/1989* e nel *D.P.R. n. 503/1996*.

I finanziamenti volti a contribuire all'eliminazione delle barriere architettoniche di uso pubblico sono vincolati, come già indicato nell'Accordo di programma "Piano Investimenti nel Settore Sociale" approvato con *D.P.G.R. 30 maggio 2006, n. 74*, all'attuazione dei programmi comunali di intervento per l'eliminazione e le barriere architettoniche (di cui all'*art. 9 della L.R. n. 47/1991*) unitamente alle iniziative che i Comuni devono intraprendere (in attuazione dell'*art. 5 della L.R. n. 47/1991*) per l'adeguamento della normativa urbanistica ed edilizia, al fine di garantire la piena fruibilità degli spazi in ogni edificio oggetto di intervento per il quale è richiesta l'autorizzazione comunale.

La sperimentazione dell'attività di aggiornamento rivolta al personale tecnico degli enti territoriali che intervengono direttamente nei processi di trasformazione degli habitat (con il ruolo di progettista e/o validatore) che affronta i complessi problemi relativi alla fruibilità di ambienti ed attrezzature da parte di profili di utenza diversi, sarà implementata fino a coprire tutto il territorio regionale.

Con l'aggiornamento del PISR ogni anno viene inserita la ripartizione dei finanziamenti relativi all'abbattimento delle barriere architettoniche nelle civili abitazioni, ai sensi dell'*art. 4, comma 2, della L.R. n. 47/1991* modificata dalla *L.R. n. 66/2003* e ai sensi del Regolamento di attuazione emanato in data 3 gennaio 2005 con *D.P.G.R. n. 11/R*, per le domande presentate nell'anno precedente, per l'importo appositamente previsto nella legge finanziaria regionale.

3.5. La compartecipazione degli utenti al costo delle prestazioni: criteri e applicazione della disciplina ISEE con particolare riferimento alle situazioni di disabilità e non autosufficienza

L'attività di rilevazione e monitoraggio intrapresa dalla Regione a seguito dell'approvazione del *decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109*, ha messo in evidenza una situazione regionale caratterizzata da un buon livello di applicazione dell'ISEE, ma assai differenziata quanto a modalità ed ambiti.

Nel 2003 oltre il 70% dei Comuni aveva introdotto lo strumento di means testing in almeno una prestazione di propria competenza. Minore era stata l'applicazione da parte delle Amministrazioni di più ridotta dimensione (il 58% dei Comuni con meno di 3.000 abitanti), rispetto a quelle più grandi (il 77% dei Comuni con più di 10.000 abitanti).

Dal 2003 ad oggi la diffusione dello strumento è decisamente maggiore sia come numero di enti che lo applicano, sia per numero di servizi su cui trova applicazione.

Tra i servizi su cui era stato applicato l'ISEE prevalevano e tuttora prevalgono quelli scolastici (82%) e quelli rivolti ai servizi domiciliari per anziani (50%), mentre minore risultava e ancora risulta la sua applicazione alle prestazioni destinate alle persone disabili (37%) e sui servizi residenziali per anziani.

Nel 34% dei casi le Amministrazioni avevano introdotto modifiche rispetto agli elementi indicati dalla disciplina standard, soprattutto con riferimento alla definizione di nucleo familiare.

Ancora oggi i criteri ulteriori di selezione dei beneficiari, che dovrebbero servire a rendere più adeguato lo strumento dell'ISEE alla tipologia del servizio e della sua utenza anche in relazione alle risorse a disposizione dell'ente, non sono ampiamente utilizzati e prevalentemente si concretizzano nella considerazione di redditi esenti ai fini IRPEF (specie per l'erogazione di contributi economici e per la compartecipazione nei servizi rivolti agli anziani) e nella valutazione economica, sempre definita in base all'ISEE, di altri nuclei familiari oltre a quello dell'assistito.

Uno degli aspetti di maggiore criticità appariva quello relativo ai controlli.

Non c'è ancora omogeneità sul territorio regionale sia per quanto riguarda i controlli di competenza degli enti erogatori, sia per quelli effettuati dalla Guardia di Finanza, che, tra l'altro, molto spesso si riducono a controlli puramente formali del tutto sovrapponibili a quelli effettuati o effettuabili dagli enti (controllo anagrafico e della situazione reddituale e del patrimonio immobiliare).

Il recente protocollo sottoscritto dalla regione con la Guardia di Finanza va nella direzione di rafforzare e razionalizzare la collaborazione tra tale corpo e gli enti erogatori, prevedendo che le risorse messe a disposizione da parte della GdF si concentrino prevalentemente su quella parte di controllo preclusa agli enti erogatori, cioè quella sostanziale, mentre le amministrazioni comunali svilupperanno quell'attività di controllo formale rendendo disponibili le relative risultanze alla GdF.

La *L.R. n. 41/2005* promuove una nuova organizzazione locale dei servizi alle persone e alle famiglie, in modo che la valutazione del bisogno venga garantita in modo tempestivo, orientando i percorsi di accesso, privilegiando i bisogni più urgenti e quelli delle persone e delle famiglie con maggiori difficoltà.

Sempre in questa logica l'accesso alle prestazioni sociali e socio-sanitarie va organizzato in modo da garantire stretto collegamento e continuità tra la fase di analisi della domanda e la fase di definizione dei progetti personalizzati di intervento.

La valutazione del bisogno è condizione necessaria per accedere ai servizi, che possono essere erogati a titolo gratuito o con concorso parziale o totale alla spesa da parte dell'utente, avendone verificato, in sede di accesso al sistema regionale dei servizi sociali, la capacità di concorso alla spesa.

Ai sensi dell'*art. 47 della L.R. n. 41/2005* "il concorso degli utenti ai costi del sistema integrato è stabilito a seguito della valutazione della situazione economica del richiedente, effettuata con lo strumento dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE), disciplinato dal *decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109*, come modificato dal *decreto legislativo 3 maggio 2000, n. 130*. Gli effetti di tale valutazione non costituiscono criterio selettivo per accedere al sistema integrato delle prestazioni o per determinarne la esclusione, bensì alla definizione della compartecipazione. Segno di questa propensione è l'espressione "universalismo selettivo", con cui si intende affermare, insieme, la titolarità dei diritti e la selettività per individuare i beneficiari e il livello di partecipazione finanziaria alle spese.

Facendo quindi riferimento alle politiche sociali pubbliche, in cui ai servizi rivolti alla generalità dei soggetti si affiancano prestazioni per le quali è necessario ricorrere a criteri di selettività, l'ISEE si pone in una logica di equità e si configura come indicatore oggettivo di una situazione concreta inquadrata in politiche che perseguono l'efficienza attraverso la valutazione personalizzata del bisogno e l'appropriatezza delle prestazioni. Inoltre, per le conseguenze che esercita sul quadro finanziario delle politiche sociali, costituisce un elemento di responsabilizzazione volto a garantire la continuità e i livelli degli interventi.

L'ISEE è calcolato con riferimento ai contenuti del *decreto legislativo n. 109/1998* e successive modificazioni, e dei regolamenti attuativi.

La regione è impegnata a:

- promuovere presso la Conferenza Stato-regioni la formulazione di una disciplina nazionale definitiva sulla questione che tenga conto del quadro della legislazione vigente in materia e delle disposizioni contenute nel *decreto legislativo n. 130/2000* e delle relative risorse economiche che servono per attuarne concretamente il principio;

- promuovere sia a livello nazionale che regionale uno studio e monitoraggio su quanto incide la spesa della compartecipazione alle prestazioni sociali agevolate sul reddito delle famiglie e su un possibile impoverimento delle stesse in considerazione delle spese complessive da loro sostenute.

La Regione, avvalendosi di un apposito gruppo tecnico, entro il 31 marzo 2008, emana un documento di indirizzi al territorio per definire principi ed eventuali standard applicativi della disciplina ISEE, compresa l'individuazione di soglie minime di esenzione, al fine di non creare disparità di trattamento fra gli utenti e garantire omogeneità a livello regionale.

Gli enti locali prevedono ai sensi di legge, nei rispettivi regolamenti, criteri ulteriori di selezione dei beneficiari, attuando coerentemente le indicazioni regionali.

La Regione prosegue con le attività informative, formative già intraprese e volte a supportare le zone per un'applicazione dell'ISEE caratterizzata da una maggiore omogeneità.

I criteri da individuare, su cui orientare la compartecipazione alla spesa, trovano riferimento nel:

- distinguere gli utenti fra soggetti privi di struttura familiare di riferimento e soggetti con famiglia;

- considerare la compartecipazione in rapporto alle forme assistenziali individuate come appropriate, sostenendo maggiormente quelle che prevedono la domiciliarità;

- considerare l'inserimento residenziale come risposta non solo al bisogno dell'utente, ma dell'intero nucleo familiare di riferimento.

(5) Punto così sostituito dalla *Delib.C.R. 11 novembre 2009, n. 69*, come riportato nell'allegato A alla medesima deliberazione.

(6) La presente tabella (comprendente il periodo che segue) è stata così sostituita dalla *Delib.C.R. 11 novembre 2009, n. 69*, come riportata nell'allegato A alla medesima deliberazione.

(7) Intero paragrafo così sostituito dalla *Delib.C.R. 11 novembre 2009, n. 69*, come riportato nell'allegato A alla medesima deliberazione.

(8) Intero sottoparagrafo aggiunto dalla *Delib.C.R. 11 novembre 2009, n. 69*, come riportato nell'allegato A alla medesima deliberazione.

4. I progetti di "Toscana Sociale" e le funzioni regionali

La regione, nello svolgimento delle funzioni previste dalla *L.R. n. 41/2005* e al fine di qualificare, innovare e rendere efficiente il sistema regionale degli interventi socio-assistenziali, si attiva per dotarsi e dotare il territorio degli strumenti più idonei a:

- conoscere e valutare i bisogni tipici dei diversi contesti sociali, presenti nel territorio regionale (aree a forte urbanizzazione, centri minori, aree montane);

- rispondere ai bisogni della popolazione nella maniera più appropriata rispetto alle risorse disponibili;

- rendere le risorse conosciute ed accessibili;

- verificare l'impatto degli interventi sui bisogni rilevati;
- semplificare i processi amministrativi, sia sul piano normativo, sia avvalendosi delle nuove tecnologie oggi disponibili;
- confrontare le politiche poste in essere dalla regione Toscana con altre esperienze regionali, nazionali e di altri paesi;
- promuovere le buone pratiche ed estenderle;
- favorire la formazione e l'aggiornamento degli operatori sociali;
- valorizzare lo sviluppo delle reti di inclusione sociale.

4.1. La continuità della progettazione di "ToscanaSociale"

Con il PISR 2002-2004 furono individuati Progetti relativi all'attivazione di azioni strategiche, innovative, di buone pratiche, in settori prioritari individuati dal PISR. Tali Progetti, denominati dal presente PISR Progetti di "ToscanaSociale", sono coordinati con i Progetti Integrati Regionali "PIR" previsti dal Piano Regionale di Sviluppo e rappresentano lo strumento con il quale la Regione dà attuazione e continuità agli obiettivi principali e alle azioni strategiche trasversali, nell'ottica della crescita, innovazione e razionalizzazione dell'intero sistema regionale degli interventi e dei servizi socio-assistenziali.

Per la realizzazione dei Progetti di "ToscanaSociale", la Regione acquisisce strumenti tecnici e metodologie di alta qualificazione, avvalendosi anche, tramite appositi protocolli, della collaborazione delle Università della Toscana, della Scuola superiore S. Anna di Pisa, con particolare riferimento al Centro di ricerca sulle innovazioni in materia di politiche sociali (Centro Welfare Innovazione Servizi e Sviluppo - WISS) e al Laboratorio Management & Sanità (MeS), nonché di eventuali Istituti di ricerca di ambito socio-assistenziale, di riconosciuta e comprovata competenza. I progetti sono presentati all'interno degli strumenti della programmazione locale (PIS), e comunque in coerenza con quelli, da parte di soggetti pubblici e dei soggetti individuati ai sensi della *L.R. n. 73/2005*.

Nell'ambito dei Progetti di "ToscanaSociale" sono individuate le seguenti azioni:

- sviluppo delle reti di inclusione e protezione sociale;
- valutazione e qualità degli interventi sociali;
- sostegno alle famiglie La Giunta regionale, per dare piena attuazione allo strumento di programmazione, approva per "ToscanaSociale" appositi atti deliberativi.

4.1.1. Sviluppo delle reti di inclusione e protezione sociale

Il progetto si configura come lo strumento conclusivo delle riflessioni attivate relativamente alle forme di sostegno allo sviluppo delle reti di inclusione e protezione sociale.

Il progetto intende consolidare e sviluppare azioni che valorizzino le reti di solidarietà sperimentando collaborazioni adeguate.

4.1.2. Valutazione e qualità degli interventi sociali

Il progetto si configura come lo strumento di verifica e sperimentazione delle azioni attivate con i precedenti interventi di approfondimento, per quanto attiene l'analisi relativa ai livelli di Assistenza dovranno essere previste le opportune correlazioni con le rispettive azioni di settore.

Il progetto intende pertanto consolidare e sviluppare interventi di approfondimento e di sperimentazione in modo particolare su:

- livelli essenziali di assistenza
- valutazione e monitoraggio dei Piani di Zona o Piano Integrato Salute (PIS)
- professioni sociali
- comunicazione sociale.

4.1.3. Sostegno alle famiglie

Il progetto attiva un insieme di azioni tese a valorizzare e a sostenere quei nuclei familiari che presentano situazioni di disagio, in particolare saranno considerate le diverse situazioni che possono mettere a rischio il normale sviluppo delle relazioni familiari prioritariamente rispetto alla qualità di vita dei minori e alla prevenzione del rischio, valorizzando il ruolo della famiglie, sostenendole come soggetti attivi nella comunità e nell'ambito della rete sociale.

Il progetto si configura come lo strumento idoneo a realizzare analisi di approfondimento e azioni di sperimentazione di nuovi modelli d'intervento, anche in riferimento alle famiglie numerose.

Il progetto comprende la sperimentazione di strumenti per l'erogazione di contributi per l'Inclusione Sociale a famiglie che versano in condizioni di povertà prive di ulteriori ammortizzatori sociali.

Inoltre affronterà i temi dei diritti di Cittadinanza, della loro promozione, della loro tutela e difesa.

4.2. Le funzioni regionali

Nell'ambito delle funzioni regionali, finalizzate a sostenere la migliore attuazione delle politiche sociali integrate, la *L.R. n. 41/2005* prevede lo svolgimento di funzioni finalizzate a:

- tutela della cittadinanza sociale, con particolare riferimento alle aree rurali e montane, nell'ottica della riqualificazione economica e sociale dell'intera comunità toscana;
- qualificazione degli operatori sociali attraverso attività di formazione ed aggiornamento;
- sviluppo della conoscenza delle caratteristiche del territorio e dei diversi bisogni sociali della popolazione;
- verifica dell'impatto degli interventi sociali sui bisogni e sulla richiesta di servizi;
- diffusione della conoscenza relativa alle prestazioni ed alle modalità per accedervi;
- attività di informazione per la collettività, tese ad attivare processi di cittadinanza attraverso strumenti come la Carta di cittadinanza;
- confronto con soggetti istituzionali e non, sul piano europeo ed internazionale, anche ai fini di conoscere, promuovere e diffondere buone pratiche in ordine alla qualificazione degli interventi e dei servizi.

4.2.1 La tutela della cittadinanza sociale nelle aree rurali e montane

Le aree rurali e montane costituiscono opportunità per la riqualificazione dello sviluppo economico nel suo complesso e per l'innalzamento del benessere della intera comunità toscana. La programmazione della Regione Toscana fa perno sulle risorse prodotte nelle aree rurali e montane per acquisire vantaggio competitivo sui mercati dei prodotti agricoli, ma anche del turismo, della cultura e, più in generale, delle merci e per dare concretezza ad una idea di sviluppo che sappia coniugare sostenibilità sociale ed ambientale ed innovazione, qualità e quantità della crescita.

La ricerca-intervento attivata con il precedente Piano ha permesso di verificare la fondatezza della tesi secondo cui le reti ed i modelli di servizio sociale esistenti in ambito rurale e montano sarebbero non del tutto adeguati, in quanto concepiti non tenendo conto delle specifiche

caratteristiche della struttura demografica, dei modelli di antropizzazione, della peculiare struttura della economia delle zone rurali e montane, così come è emerso nella conferenza sui servizi sociali nelle aree rurali. L'obiettivo che è stato effettivamente colto dall'azione sperimentale era di delineare un percorso utile ad individuare metodologie e ipotesi sperimentali finalizzate a promuovere il miglioramento delle reti di servizio sociale e delle pratiche di governance delle politiche sociali in ambito locale: un importante caso di coerente applicazione delle logiche della *legge n. 328/2000* e, in particolare modo, della concertazione e delle coprogettazione tra le Istituzioni e gli attori sociali locali. Lo sviluppo di tali indicazioni, che la ricerca intervento nelle aree rurali e montane ha dimostrato essere concretamente realizzabili, può permettere l'avvio di un processo di cambiamento che contribuisca a sviluppare l'offerta dei servizi e presidi sociali nelle aree rurali.

L'obiettivo strategico è quello di arrivare alla definizione di buone prassi relativamente al tema del consolidamento della rete di protezione sociale presente nelle aree rurali e montane della Toscana, in modo da accrescere la coerenza e la specificità della progettualità in essere e da supportare lo sviluppo di tali aree secondo i PIR previsti dal Piano Regionale di Sviluppo ed oggetto del documento preliminare alla "Intesa per uno sviluppo sostenibile dei territori montani" presentato alla terza conferenza regionale delle montagne di Toscana del marzo 2007. Su questa base la Giunta regionale definisce standard normativi e criteri organizzativi specifici, che permettano di adeguare modalità di intervento e strutture operative in funzione di strategie integrate di politiche di sviluppo e politiche sociali negli ambiti rurali e montani.

4.2.2. Le professioni sociali: la formazione e l'aggiornamento degli operatori

La Regione valorizza lo sviluppo della formazione e sostiene la professionalità degli operatori del settore sociale. La qualità della formazione e della professionalizzazione viene considerata come strumento importante di politica sociale per la realizzazione degli obiettivi previsti dal PISR.

In particolare l'attività di aggiornamento del personale dovrà tenere conto dei processi di riorganizzazione dei servizi, dei nuovi strumenti della programmazione integrata.

Il tema delle professioni sociali è divenuto in questi ultimi anni oggetto di numerosi dibattiti e ricerche in quanto sta emergendo sempre più la necessità e l'urgenza di definire chiaramente i profili, le competenze e i percorsi formativi delle figure professionali sociali che costituiscono l'elemento chiave per l'attivazione e il funzionamento di servizi di alto livello qualitativo e rispondenti a bisogni degli utenti in continuo mutamento.

La necessità di affrontare questo tema deriva dall'esigenza di tutelare prima di tutto gli utenti dei servizi, interessati da una sempre maggiore esternalizzazione della gestione degli interventi, ma anche dalla necessità di garantire i diritti degli operatori che vi operano (sia pubblici che del privato sociale).

Tema centrale è certamente quello della competenza per la definizione dei profili professionali e dei percorsi formativi di livello regionale. Infatti mentre è chiaro che i profili professionali conseguiti a livello universitario sono definiti dallo Stato, pur nel rispetto dell'autonomia universitaria in tema di ordinamenti didattici, per quanto riguarda i profili rilasciati a livello regionale la questione è molto più controversa dovendo integrare quanto previsto dall'*art. 12 della legge n. 328/2000* e dalla *legge n. 3/2001* che ha modificato il titolo V della Costituzione, entrambe in questo momento in fase di stallo in vista di ulteriori modifiche dell'intera materia, con particolare riferimento alle normative sui knowledge workers nell'ambito dei quali vanno sicuramente inserite le professioni sociali.

Tuttavia, per quanto riguarda la formazione professionale regionale delle figure del sociale, come è già stato fatto per la definizione del profilo professionale dell'OSS, non si potrà prescindere da un accordo nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni. In questa direzione anche la regione intende analizzare a fondo il problema delle professioni sociali per poter avanzare in quella sede proposte concrete e realizzabili.

Nello specifico la Regione Toscana vuole porre attenzione alla formazione di competenze (per le professionalità del pubblico e per quelle del privato sociale) sia delle professioni sociali di livello base, sia delle professioni di livello dirigenziale e con compiti di governance.

Verranno quindi implementati, anche nell'ottica di una maggiore integrazione socio-sanitaria, percorsi formativi in collaborazione con le Università toscane, sia per le professionalità di base del Sociale che per i livelli dirigenziali.

Obiettivi, tempi e strumenti

Durante il 1° e il 2° anno di vigenza del piano verrà portata a compimento, con la collaborazione dell'Università di Siena, una ricognizione su tutto il territorio regionale delle professioni sociali impegnate nel quadro degli interventi e dei servizi sociali, sia a gestione pubblica che privata. Verrà inoltre sostenuto il tirocinio previsto dal corso di laurea degli assistenti sociali attraverso apposite intese con le Università toscane.

Durante il 2° anno, a partire dai primi risultati della ricognizione e alla luce delle analisi rese possibili dalla stessa e da altri studi di settore, verranno individuate le iniziative formative prioritarie e verranno, in accordo con le istituzioni pubbliche del territorio, le Organizzazioni sindacali e i soggetti del privato sociale, formulati indirizzi per la formazione professionale e l'aggiornamento degli operatori sociali; sarà cura della Regione promuovere e sostenere iniziative di aggiornamento degli operatori che abbiano una ricaduta di carattere qualitativo e che costituiscano un investimento nel tempo, quali la formazione dei formatori e la formazione di operatori in grado di svolgere l'attività di supervisione del lavoro sociale.

L'obiettivo del 3° anno è quello di valorizzare le conoscenze acquisite e le analisi da queste rese possibili attraverso proposte di adeguamento del repertorio delle professioni sociali ai nuovi scenari organizzativi ed operativi. Contestualmente, la Regione, tramite i tavoli a ciò preposti, porterà in evidenza a livello nazionale le necessità rilevate in termini di adeguatezza e coerenza del sistema delle professioni sociali.

4.2.3. L'Osservatorio sociale regionale

Le funzioni dell'Osservatorio Sociale Regionale, come definite all'*art. 40 della legge regionale n. 41/2005*, rispondono alle esigenze di osservazione, monitoraggio ed analisi dei fenomeni sociali che stanno alla base dei processi di programmazione regionale e locale.

La raccolta e la valorizzazione delle informazioni, la lettura e l'analisi dei dati, la diffusione delle conoscenze avviene attraverso la collaborazione e l'integrazione operativa dell'attività dell'Osservatorio regionale e degli Osservatori provinciali di cui agli articoli 13 (comma 4) e 40 della *legge regionale n. 41/2005*.

La Regione e le Province favoriscono il raccordo con i comuni, le aziende sanitarie locali e gli altri soggetti pubblici e promuovono la partecipazione delle organizzazioni sindacali, delle parti sociali e dei soggetti del terzo settore per lo scambio e per la condivisione dei dati e delle conoscenze utili per la valutazione e la programmazione zonale e regionale. A questo scopo viene istituito un apposito comitato misto, così come previsto dall'*art. 40, comma 4, della L.R. n. 41/2005*.

Nell'ottica dell'implementazione del Sistema degli Osservatori la Regione, le Province e i Comuni attivano un percorso di collaborazione strategica finalizzato a costruire un piano metodologico condiviso, sulla base degli indirizzi regionali e di quelli contenuti nei Piani integrati di Salute, per il supporto alla programmazione regionale e locale.

Gli obiettivi regionali sono:

- individuare un insieme di priorità sui settori di maggior rilievo sociale a partire dalle aree tematiche della non autosufficienza, della condizione delle famiglie e dell'immigrazione;

- costituire banche dati condivise;
- collaborare alla produzione degli strumenti di monitoraggio previsti dalla *L.R. n. 41/2005*;
- effettuare in maniera sistematica la lettura integrata dei fenomeni osservati, anche al fine di contribuire alla lettura degli effetti delle politiche poste in essere, contribuendo anche alla redazione della relazione sociale prevista all'*art. 42 della L.R. n. 41/2005*.

La direzione di lavoro per il prossimo triennio è quella di implementare la cooperazione fra gli Osservatori sociali provinciali attraverso azioni dirette ad omologare i requisiti organizzativi e la capacità di produzione informativa su livelli minimi di base comuni. L'Osservatorio Sociale Regionale ha la funzione di sostenere e coordinare il percorso verso il raggiungimento dell'obiettivo sopra indicato.

In questo quadro, le azioni prioritarie individuate dalla Regione Toscana nel corso del triennio di vigenza del PISR sono le seguenti:

- 1° anno: La ricognizione della struttura organizzativa e funzionale degli Osservatori Sociali Provinciali e dell'Osservatorio Sociale Regionale e della loro capacità informativa; l'individuazione di priorità tematiche, quali ambiti di analisi dei fenomeni sociali, attraverso la lettura, lo studio e la valorizzazione dei dati disponibili; l'effettuazione di un seminario per la presentazione delle attività degli Osservatori sociali provinciali

- 2° anno: La elaborazione di un rapporto congiunto sui bisogni e le risorse sociali in Toscana nei diversi territori provinciali

- 3° anno: Il raggiungimento da parte di tutti gli Osservatori Sociali Provinciali e Regionale di livelli minimi di organizzazione e di capacità di produrre informazione.

Per sostenere la realizzazione dei suddetti obiettivi, saranno impiegate le risorse regionali di cui al punto 3.4.4 (il finanziamento delle attività regionali).

4.2.3.1. Il sistema informativo sociale regionale

Come previsto dalla *legge regionale n. 41/2005*, la Regione, le Province, i Comuni e le società della salute contribuiscono, in relazione alle rispettive competenze, alla realizzazione e alla gestione del sistema informativo sociale regionale secondo le modalità e i criteri della *legge regionale 26 gennaio 2004, n. 1* (Promozione dell'amministrazione elettronica e della società dell'informazione e della conoscenza nel sistema regionale. Disciplina della "rete telematica regionale toscana"), che si configura come un insieme organizzato e coerente di tecniche e di procedure per raccogliere e fornire informazioni utili alla programmazione, gestione e valutazione delle politiche sociali.

Per adempiere a questo compito il sistema informativo sociale regionale deve configurarsi come un sistema:

- a) decentrato e diffuso nel territorio con una chiara individuazione dei ruoli e dei conseguenti adempimenti della regione, delle province e dei comuni;

- b) partecipato e accessibile, in modo da facilitare la comunicazione e la cooperazione fra tutti i livelli e le parti coinvolte sia come fornitori che come fruitori delle informazioni;

- c) razionale e modulare, in modo da evitare rischi di ridondanza e ripetizione.

I principali flussi informativi dovranno riguardare i dati relativi a:

- servizi ed interventi che costituiscono il sistema integrato e modalità di erogazione degli stessi (tariffe, modalità di accesso, eventuali modalità di compartecipazione alla spesa, etc.);

- risorse finanziarie, professionali e infrastrutturali impiegate ed assetti organizzativi;

- attori privati della rete sociale: volontariato, cooperative, imprese...;
- utenti (caratteristiche della domanda, qualità dei bisogni...);
- spesa sociale.

Ogni flusso informativo attivato dovrà rispondere a criteri di coerenza con il sistema e dovrà essere definito rispetto alle finalità, ai soggetti produttori, al livello di dettaglio, alla frequenza o periodicità di rilevazione e/o aggiornamento, agli strumenti di rilevazione e di elaborazione, ai livelli di utilizzazione dei dati e delle informazioni prodotte.

Il sistema informativo sociale regionale si avvarrà della promozione e della diffusione, fra tutti gli Enti locali della Regione, ai sensi dell'*art. 69 del D.Lgs. 7 marzo 2005, n. 82*, delle soluzioni applicative del progetto GENESI.

GENESI è il primo progetto di e-government in Italia per la gestione integrata dei servizi sociali e socio-sanitari, inizialmente sviluppato in Toscana attraverso l'esperienza degli Osservatori Sociali Provinciali.

Il suo utilizzo è reso compatibile, attraverso la modalità della cooperazione applicativa, con altri sistemi informatici eventualmente già in uso presso gli Enti locali toscani. Fra le altre funzioni, Genesi consente e/o facilita:

- il monitoraggio della domanda sociale, degli interventi e dei processi attuati;
- l'informatizzazione e la documentazione dei processi del lavoro sociale e socio-sanitario, anche riferiti ai percorsi assistenziali personalizzati e al lavoro di gruppo;
- lo scambio/condivisione delle informazioni sulle prestazioni socio-sanitarie;
- la gestione unitaria del ciclo delle informazioni a partire dal lavoro sociale sino alla elaborazione dei dati a rilevanza statistica;
- la gestione di rilevazioni ed indagini ad hoc;
- il monitoraggio della spesa sociale;
- il supporto informativo alle attività di programmazione delle Società della Salute;
- la gestione degli albi dei soggetti del volontariato sociale;
- la fruizione delle informazioni contenute nelle banche dati di altri soggetti regionali nazionali utili alla gestione e alla programmazione degli interventi e servizi sociali.

Attualmente è stato sottoscritto tra vari enti locali e la Regione un Accordo di programma per sviluppo di GENESI. Inoltre è in corso di attivazione il progetto "La realizzazione di reti sociali a sostegno del welfare locale" che vede impegnate le Sds delle Comunità montane nel facilitare l'accesso al sistema dei servizi da parte dei cittadini che appartengono alle comunità dei territori montani.

Il sistema informativo sociale regionale e le applicazioni del progetto GENESI verranno implementate attraverso la dotazione del Nomenclatore regionale delle prestazioni sociali, che è in via di elaborazione e che verrà prodotto entro la prima metà del 2008. Lo scopo è quello di utilizzare un unico linguaggio per tutte quelle attività finalizzate alla raccolta, trattamento e diffusione di dati ed informazioni che siano riferibili o implicino il livello regionale del sistema informativo.

Un tale strumento risponde al bisogno, avvertito anche a livello nazionale, di disporre definizioni condivise ed omogenee di concetti ricorrenti, riconducibili alle prestazioni assistenziali.

Inoltre, i livelli di integrazione socio sanitaria sempre più avanzati raggiunti in Toscana, anche attraverso le Società della salute, necessitano di un linguaggio che, in ambito sociale, sia strutturato su modelli compatibili con il Nomenclatore di ambito sanitario.

Un sistema che vuole essere flessibile e differenziato, in cui il percorso assistenziale personalizzato è destinato ad acquisire un ruolo strategico - sia sul versante di una maggiore attenzione ai bisogni delle persone che su quello della razionalizzazione del sistema stesso -, deve poter disporre di uno strumento di definizione che punti sull'individuazione omogenea delle prestazioni che compongono i percorsi assistenziali. Ciò anche ai fini della determinazione del costo delle prestazioni.

4.2.4. I processi di “comunicazione sociale”

Le zone socio-sanitarie e le Società della Salute, ove sperimentate, prevedono il loro Piano locale di comunicazione sociale. L'intervento comunicativo deve essere orientato alla realizzazione di:

- attività dirette a fornire al cittadino informazioni per la conoscenza delle prestazioni erogate dai servizi, delle modalità di erogazione delle stesse, dei requisiti per accedervi relative procedure;
- attività dirette ad informare i cittadini sulle possibilità di scelta tra le prestazioni offerte dal sistema socio-assistenziale della zona;
- attività di informazione rivolta alla collettività tesa ad attivare processi di confronto tra le varie componenti sociali, anche attraverso lo strumento della Carta di Cittadinanza.

Il Piano di comunicazione sociale di norma si articola in una parte introduttiva e descrittiva, in cui vengono esplicitate le linee generali definite in funzione degli obiettivi della programmazione e uno o più schemi di sintesi, in cui sono riportati gli estremi di tutte le iniziative programmate.

La progettazione del Piano di comunicazione e la sua redazione devono essere effettuate assicurando il massimo coinvolgimento di tutti gli attori interessati.

I prodotti del piano di comunicazione, sia di carattere cartaceo che informatico, o in altra forma, devono essere diffusi attraverso i canali più opportuni ed efficaci in modo da raggiungere i destinatari e da cogliere la loro attenzione.

La Regione può sostenere iniziative e campagne di informazione mirata su temi di particolare interesse per le politiche regionali e per la popolazione.

4.2.5. Copromozione e partecipazione ad azioni a carattere internazionale ed europeo

Dalla dimensione sempre più globale e delle azioni tese al raggiungimento del benessere dei cittadini, scaturisce la necessità di un confronto-sinergia con soggetti, che rappresentano organismi internazionali. È emerso che le buone pratiche messe in atto nella nostra regione attirino sempre di più l'interesse di altri paesi sia europei che internazionali.

Nel quadro della vigenza del precedente piano si sono infatti consolidati Programmi/Quadro con organizzazioni internazionali (UNICEF IRC), Protocolli internazionali (Accordo di collaborazione tra regioni italiane e Governo della Repubblica Federale del Brasile), si sono attivate reti europee importanti (Retis, Remi, Pena di morte), incrementati incontri - confronto con altri paesi (Angola, Romania, ecc.).

Sono state individuate inoltre opportunità per attingere anche alle risorse messe in campo dalla Comunità Europea ed internazionale anche attraverso la partecipazione a bandi.

Ciò che si intende rafforzare, sono le azioni rivolte ad attivare sperimentazioni per l'erogazione di trattamenti economici finalizzati alla rimozione delle limitazioni personali, familiari e sociali di soggetti disabili, non autosufficienti, quali misure tese a favorire la coesione sociale nella lotta all'esclusione sociale, alla povertà, alla discriminazione ed al sostegno alle problematiche giovanili, degli anziani e dei disabili. Tutto ciò in armonia con le politiche di inclusione e coesione sociale ed attraverso la partecipazione ai programmi ed alle iniziative promosse dall'Unione Europea.

L'esperienza maturata, estremamente positiva e stimolante, e la consapevolezza generale dell'importanza del confronto-conoscenza, spinge a concretizzare e ad ampliare ulteriormente, nella

partecipazione a progetti a carattere sociale, nell'ambito del Piano regionale per la promozione di una cultura di pace (*L.R. n. 55/1997*) e del Piano regionale per la cooperazione internazionale (*L.R. n. 17/1999*), anche individuando specifiche linee di finanziamento, collaborazioni con il Parlamento Europeo, la Commissione Europea, il Consiglio d'Europa ed attività di scambio di buone pratiche con partner internazionali ed europei, tramite:

- mantenimento ed incremento d protocolli tesi a mettere in rete esperienze di welfare
- partecipazioni a bandi europei
- sostegno a meeting ed eventi
- fornire un'assistenza in materia di progettazione comunitaria ed orientata ad operare con efficacia nei settori relativi alle proprie competenze
- favorire l'implementazione sul territorio toscano dei fondi dell'UE nei settori relativi alle proprie competenze.

Tali azioni saranno indispensabili per l'attuazione degli obiettivi sopra descritti prevedendo anche il coinvolgimento di soggetti universitari esperti della Commissione Europea, ONG, associazioni che possano fornire supporto tecnico e metodologico relativamente al processo di valutazione che la regione è interessata ad attivare, in modo da poter utilizzare tutti gli strumenti quali monitoraggio e alerting relativamente ai programmi ed alle azioni di interesse dell'assessorato.

5. La programmazione zonale

In coerenza con il principio di sussidiarietà, la programmazione e l'organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali competono agli Enti locali. La programmazione locale è determinata tramite i Piani zionali di assistenza sociale e/o i Piani Integrati di salute.

Con l'approvazione della *Delib.G.R. 12 luglio 2004, n. 682* "Linee-guida per la realizzazione dei piani integrati di salute" è data facoltà alle conferenze zonali dei sindaci di adottare progressivamente il Piano integrato di salute in sostituzione del piano zonale di assistenza sociale anche se non si sperimenta la Società della Salute, tenuto conto che, a regime, il PIS sostituisce il Programma operativo di zona (AUSL) ed il Piano sociale di zona (Comuni).

Gli ambiti territoriali per la programmazione e la gestione associata del sistema locale dei servizi sociali a rete, sono confermati coincidenti con le zone socio-sanitarie e, ai sensi del Piano Sanitario Regionale, con le zone-distretto, prevedendo incentivi a favore dell'esercizio associato delle funzioni sociali.

La zona distretto costituisce l'ambito territoriale di riferimento per la gestione associata delle funzioni, dei servizi e degli interventi di competenza dei comuni. I comuni possono altresì gestire in forma associata le funzioni, i servizi e gli interventi nei livelli ottimali individuati ai sensi della legge regionale 16 luglio 2001, n. 40 a condizione che tale gestione si svolga in coerenza con la programmazione di ambito zonale.

Per le attività che hanno rilevanza per due o più zone-distretto e per le azioni innovative d'interesse regionale, la Regione individua, di concerto con gli enti locali coinvolti, gli ambiti territoriali più appropriati per la loro efficace attuazione.

5.1. Il Piano di zona e il Piano integrato di salute

Il Piano zonale di assistenza sociale, di seguito denominato Piano di zona o il Piano integrato di salute (PIS), sono gli strumenti attraverso i quali i comuni, con il concorso di tutti i soggetti attivi nella progettazione, disegnano il sistema integrato di interventi e servizi sociali con riferimento agli obiettivi strategici, agli strumenti realizzativi, alle risorse da attivare e ai tempi di realizzazione.

In tale ottica la *Delib.G.R. 12 luglio 2004, n. 682* "Linee-guida per la realizzazione dei piani integrati di salute" fornisce un nuovo strumento di programmazione integrata dei servizi territoriali, tanto per le zone che sperimentano nuovi modelli di governo e di gestione (Società della Salute) che per le zone ad oggi non interessate dalla sperimentazione.

Nel periodo di validità del presente PISR il Piano di zona sarà sostituito in modo omogeneo su tutto il territorio regionale dal PIS, coerentemente con la diffusione delle nuove modalità di organizzazione delle funzioni di programmazione, governo e gestione delle attività in forma integrata tra Enti locali ed Aziende sanitarie.

L'adozione del PIS permette infatti una interazione più stretta con i nuovi strumenti della programmazione sanitaria territoriale non solo per le materie dell'alta integrazione ma per tutti gli obiettivi di salute frutto di condivisione tra gli enti locali e le Aziende sanitarie e gli attori sociali e del terzo settore coinvolti e interessati.

I contenuti del Piano di zona si intendono confluiti nel PIS.

Il Piano di zona indica:

- le decisioni assunte in merito alle modalità di gestione forma associata del sistema di prestazioni e servizi individuati o di parti di esso;

- l'assetto organizzativo riferito alla erogazione dei livelli base di cittadinanza sociale, in particolare di quelli dell'accesso e di quelli dell'emergenza e della presa in carico.

Nel Piano di zona sono indicati, per l'intero ambito territoriale:

- gli obiettivi strategici e le priorità di intervento generali e per i diversi settori;

- i livelli di assistenza da assicurare ai cittadini e a tutte le persone regolarmente presenti nel territorio della Regione Toscana, in coerenza con le indicazioni contenute nella *L. n. 328/2000*;

- i livelli base di cittadinanza sociale da assicurare a tutte le persone presenti sul territorio regionale in coerenza con le indicazioni contenute nel PISR;

- l'individuazione degli enti pubblici titolari dei servizi e degli interventi;

- le risorse finanziarie, strutturali e professionali rese disponibili dagli enti partecipanti per la realizzazione degli interventi e la qualificazione della spesa;

- le modalità di organizzazione dei servizi;

- l'entità delle risorse regionali destinate a progetti innovativi realizzati autonomamente o a programmi e progetti concordati con il terzo settore;

- l'entità delle risorse destinate ai progetti specifici relativi ai disagi sociali dell'area metropolitana;

- le iniziative di formazione e di aggiornamento degli operatori finalizzate a realizzare progetti di sviluppo dei servizi;

- le iniziative di comunicazione sociale a tutela del diritto dell'utente alla conoscenza delle opportunità presenti sul territorio di cui al paragrafo 4.5.

Le zone in cui la spesa sociale procapite risulta essere pari o superiore a 90 euro per accedere ai finanziamenti previsti al paragrafo 3.4.2. e 3.4.3., devono presentare all'interno del piano uno specifico progetto di qualificazione dell'offerta e/o contenimento della spesa secondo le previsioni

del Patto per il sostegno dei livelli base di cittadinanza sociale stipulato fra la Regione e le zone di cui al paragrafo 3.4.2.

Il Piano di zona è triennale e viene aggiornato annualmente limitatamente agli aspetti finanziari e di integrazione e modifica del piano approvato.

Nel Piano di zona sono indicati i processi di costruzione della programmazione, in particolare gli aspetti concertativi e partecipativi adottati, che assicurano il concorso dei soggetti economici e sociali, anche per registrarne il grado di convergenza verso gli obiettivi prioritari individuati.

Ogni Piano di zona:

- articola ogni obiettivo strategico in specifici obiettivi di intervento
- definisce i risultati attesi per il raggiungimento delle finalità generali previste dal PISR
- individua gli strumenti per la verifica degli esiti da raggiungere.

Il Piano di zona dovrà tenere conto degli eventuali progetti previsti e approvati all'interno dei PASL provinciali, in modo da garantire coerenza al sistema di protezione sociale territoriale.

I PASL rappresentano lo strumento di negoziazione progettuale fra le priorità espresse nei Programmi integrati regionali e quelle individuate dal territorio, sulla base della reciproca condivisione degli obiettivi da raggiungere.

5.2. Strumenti e procedimenti della programmazione zonale

La programmazione locale, finalizzata ad assicurare risposte efficaci ai bisogni delle comunità locali, dovrà tendere alla promozione ed alla valorizzazione di tutte le risorse del territorio e delle attività organizzate da singoli, gruppi e dai soggetti di cui al titolo II della *legge regionale n. 41/2005*. Tale finalità vuole perseguire la crescita del sistema degli interventi sociali del territorio, valorizzando il patrimonio di competenze e capacità progettuali esistenti a livello locale.

In tale panorama le attività si caratterizzano sulla base di elementi pattizi fortemente orientati a declinare i principi della sussidiarietà verticale. Nello specifico potranno essere adottati tutti gli strumenti previsti dalla normativa, in particolare:

- i Patti territoriali promossi dagli Enti locali, dagli altri soggetti pubblici operanti a livello locale, concordati con tutte le parti sociali che, con l'apporto delle loro competenze, concorrono alla costruzione e all'attuazione del Piano di zona o PIS, e per la possibile partecipazione ad azioni sperimentali d'interesse regionale

- l'Accordo di programma per l'approvazione del Piano di zona o PIS e l'assunzione dei rispettivi impegni tra tutti i soggetti pubblici.

Nell'ottica dell'attuazione di un modello positivo di coinvolgimento, gli enti pubblici potranno avvalersi del contributo di tutti i soggetti sociali per le azioni di monitoraggio, sostegno e verifica della programmazione.

5.2.1. Le linee-guida per la programmazione zonale

Sulla base delle indicazioni contenute nel PISR relative non solo alla definizione delle linee strategiche di sviluppo del sistema di welfare toscano, ma, anche alle aree prioritarie di intervento e ai principi che guidano la costruzione del nuovo sistema integrato di interventi e servizi sociosanitari, si possono individuare indirizzi operativi e, laddove possibile, strumenti di lavoro da proporre alle articolazioni zonali. L'obiettivo non è quello di standardizzarne le pratiche e omologare le esperienze, bensì al contrario di creare una base minima comune di proposte di intervento e di lavoro e fornire degli strumenti in grado di rendere omogenee le informazioni che

dal territorio potranno pervenire al livello regionale, chiamato a svolgere precise funzioni di coordinamento, monitoraggio e sorveglianza del sistema.

Costituiscono l'orientamento per la programmazione zonale gli obiettivi di istituire su tutto il territorio regionale il servizio di Segretariato sociale, i Punti Unici di Accesso al sistema integrato dei servizi e delle prestazioni del sistema integrato, l'implementazione degli interventi e dei servizi con particolare riferimento al Servizio Sociale Professionale per la effettiva presa in carico e per la garanzia dell'attuazione dei percorsi assistenziali personalizzati definiti con la presa in carico.

Le funzioni di accertamento, valutazione, definizione e controllo del percorso assistenziale devono essere svolte e garantite dal servizio pubblico così come indicato nel paragrafo 3.4.2.

Gli indirizzi e gli obiettivi relativi a specifici settori di intervento sono indicati nei paragrafi ad essi dedicati del capitolo 6: sostegno alle responsabilità familiari, diritti dei minori, una toscana per i giovani, contrasto delle povertà e interventi di inclusione delle fasce deboli, politiche di inclusione degli immigrati e valorizzazione della multiculturalità, azioni rivolte alle persone rom sinti, interventi per le persone soggette a misure dell'autorità giudiziaria, sostegno ai percorsi di uscita della prostituzione e dalle situazioni di violenza e abuso, promozione delle pari opportunità e l'armonizzazione dei tempi e degli spazi delle città. Gli indirizzi e gli obiettivi che riguardano l'area della integrazione sociosanitaria sono contenuti nel capitolo 7.

Sulle principali aree di bisogno o su problematiche sociali emergenti tali da presentare elementi di novità sia in termini di carico sociale che in termini di strumenti per fronteggiarle la Regione intende emanare documenti di indirizzo specifici che dovranno trovare la loro attuazione territoriale anche attraverso i Piani di Zona e i PIS.

5.2.2. La conferenza istruttoria

Il luogo di ideazione, condivisione, realizzazione e valutazione del Piano è il territorio a livello della zona - distretto.

Le Conferenze dei sindaci di zona esprimono l'indirizzo politico per la predisposizione della proposta del Piano di Zona.

La Conferenza zonale dei Sindaci convoca una conferenza istruttoria pubblica alla quale presenta la proposta del Piano di zona.

Alla conferenza istruttoria sono invitati a partecipare le aziende sanitarie, le aziende di servizi alla persona, gli altri soggetti pubblici interessati, i soggetti del terzo settore, le organizzazioni sindacali e le parti sociali, nonché le associazioni di tutela degli utenti e dei consumatori presenti sul territorio.

Tale processo non è concepito in termini meramente amministrativi e di adempimento formale, ma prelude l'attivazione di azioni responsabilizzanti, concertative, comunicative che coinvolgano tutti i soggetti in grado di dare apporti nelle diverse fasi progettuali.

L'articolazione zonale dei sindaci, sulla base delle risultanze della conferenza istruttoria, approva il Piano di Zona.

Le zone socio-sanitarie non interessate alla sperimentazione delle Società della Salute ma che decidono di adottare il Piano integrato di Salute, sono comunque tenute a convocare la conferenza istruttoria prima dell'approvazione dell'atto.

5.2.3.1 progetti innovativi per la gestione degli interventi

All'interno del Piano di zona o del PIS possono essere individuati progetti innovativi per la gestione degli interventi nelle zone non interessate dalla sperimentazione delle SdS. Gli aspetti identificativi delle specificità delle singole zone possono essere:

- il percorso seguito per la consultazione di tutti i soggetti pubblici e privati coinvolti nella rete del welfare di zona;

- le decisioni da assumere in merito alle modalità di gestione in forma associata del Piano e dei servizi in esso proposti;

- le modalità di gestione dei rapporti con il Terzo settore, mediante la partecipazione ai processi di programmazione, ai sensi delle previsioni degli *articoli 28 e 30 della L.R. n. 41/2005*, e la pratica della coprogettazione;

- l'individuazione di azioni di sistema, di azioni sperimentali e di azioni trasversali alle aree prioritarie;

- le schede di Progetto per tutti gli interventi e i servizi previsti all'interno del Piano, articolate in modo da evidenziare gli obiettivi di salute, gli obiettivi specifici, le fasi di attuazione, gli strumenti e gli indici di verifica, gli attori interessati ed il loro concorso finanziario al singolo progetto;

- la modalità di organizzazione dell'erogazione del servizio e i criteri di accesso;

- l'impostazione del sistema di monitoraggio e valutazione di processo da attivare per la fase di attuazione del Piano (es. esplicitazione di indicatori per ciascuna tipologia di intervento).

Al fine di un migliore raggiungimento degli obiettivi e al fine di realizzare una migliore integrazione delle funzioni all'interno delle zone, ai sensi dell'*articolo 34 comma 4 della L.R. n. 41/2005*, si ritiene opportuno che, gli interventi a carattere innovativo o sperimentale di interesse regionale vengano gestiti in forma associata da parte delle singole zone socio-sanitarie.

I progetti presentati da soggetti del Terzo settore ai sensi dell'*articolo 29 comma 2, lettera g) della L.R. n. 41/2005* sono oggetto di selezione da parte dei soggetti competenti.

5.2.4. Il rapporto tra programmazione zonale e funzioni delle A.S.P.

La *L.R. n. 43/2004* ha per oggetto il riordino delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB) e disciplina i procedimenti per la loro trasformazione in aziende pubbliche di servizi alla persona o in persone giuridiche di diritto privato e l'eventuale estinzione.

Le aziende pubbliche di servizi alla persona sono 33 più l'istituto degli Innocenti, fanno parte del sistema regionale integrato degli interventi e dei servizi sociali e partecipano alla programmazione zonale.

Le aziende pubbliche di servizi alla persona, ai sensi delle *L.R. n. 43/2004*, sono chiamate a svolgere un ruolo attivo nella programmazione zonale, in considerazione del fatto che le funzioni delle ASP, quali l'assistenza agli anziani autosufficienti e non, oppure i servizi a sostegno all'infanzia e adolescenza, sono strettamente collegate ai bisogni sociali e socio-sanitari del territorio di riferimento.

Le voci e le esperienze di tutti i competenti soggetti istituzionali consentono una contestualizzazione delle linee programmatiche, realmente ancorata alle esigenze quotidiane dei cittadini, consentendo altresì la preventiva conoscenza delle ricadute operative degli obiettivi prioritari, inseribili nel piano zonale, sia sotto il profilo dei risultati attesi per i cittadini, sia per quanto riguarda gli impegni economici interessanti i vari soggetti del sistema integrato sociale.

Il profilo giuridico previsto per le ASP, con la propria autonomia, contabile, tecnica e gestionale, prevede anche che la relativa organizzazione e attività sia ispirata ai principi di efficienza, efficacia, economicità e trasparenza, per cui le ASP possono essere altresì una opportunità per i Comuni e le stesse Aziende Sanitarie per la razionalizzazione di alcune funzioni e servizi, previsti nei piani di zona, evitando eventuali sovrapposizioni o colmando eventuali lacune.

La legge regionale, infatti, prevede che le ASP nell'ambito della loro autonomia e con riguardo alle proprie finalità statutarie, possono provvedere alla fornitura di prestazioni e servizi e alla gestione di servizi, a favore dei comuni e degli altri enti pubblici della zona socio-sanitaria di riferimento, regolate da contratti di servizio, perseguendo il miglior rapporto tra qualità e costi e nell'ambito della programmazione e della gestione degli interventi previsti nei piani di zona ed in generale nell'ambito dei servizi sociali garantiti.

L'eventuale gestione di servizi per conto del comune e degli altri enti pubblici della zona socio-sanitaria, che abbiano anche una componente a valenza commerciale, dovrà avvenire sulla base di contratti di servizio, avrà carattere meramente strumentale rispetto all'attività istituzionale e come tale deve essere organizzata, deve essere attività non prevalente rispetto a quella principale e potrà apportare utili finalizzati all'attività istituzionale dell'azienda.

L'esercizio di tali attività, ove consentita e disciplinata dalle norme statutarie, dovrà essere prevista nell'ambito della programmazione dei Piani di Zona.

5.2.5. Il sistema di valutazione della programmazione zonale

Il sistema di monitoraggio e di valutazione dei Piani di Zona è introdotto dalla *legge n. 328/2000* e dal Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2000-2003 (capitolo 1, parte III): "La conoscenza dei bisogni è indispensabile sia per una adeguata programmazione degli interventi, sia per il monitoraggio e la valutazione delle politiche pubbliche. Perciò i diversi livelli di governo si dotano di strumenti di verifica periodica dei bisogni della popolazione e della adeguatezza delle risposte ad esse fornite".

La complessità degli interventi previsti in ciascun Piano di zona o PIS, la necessità di raggiungere un grado sempre più elevato di integrazione tra le politiche sociali, sanitarie, occupazionali, educative, abitative, di inclusione sociale e di sviluppo locale, richiedono una particolare attenzione rispetto alla costruzione degli strumenti di monitoraggio e di valutazione.

Il processo di valutazione ha la finalità di accertare il grado di raggiungimento degli obiettivi specifici, la loro congruità con gli obiettivi di salute e il rapporto tra i risultati raggiunti e le risorse impiegate a partire dall'effettuazione dell'attività di monitoraggio.

Alle zone socio-sanitarie o Società della Salute (SdS) sono attribuite competenze di monitoraggio e di valutazione dei servizi e delle attività proprie del sistema dei servizi sociali e sanitari territoriali. Questo anche prevedendo l'attivazione di strumenti appositamente definiti, in accordo con la Regione, che permettano la confrontabilità regionale tra le diverse zone o Società della Salute (SdS). Tali strumenti concorrono, inoltre, alla valutazione sulle Aziende sanitarie promossa dalla Regione.

La valutazione trova fondamento sia sui valori quantitativi che risultano dall'applicazione degli indicatori appositamente progettati, sia sulla percezione che i soggetti istituzionali e della partecipazione hanno dei mutamenti intervenuti per effetto della realizzazione del Piano. In ogni caso, è centrale nel processo di valutazione, l'applicazione sistematica e continuativa nel tempo, degli strumenti tecnici di monitoraggio della realizzazione del Piano in rapporto agli obiettivi strategici ed operativi contenuti nella programmazione zonale, ciò permette di raffrontare nel tempo la implementazione del sistema integrato degli interventi e dei servizi e di valutarne l'efficacia.

È importante ribadire che la valutazione derivante dall'applicazione degli strumenti scientifici e la percezione sociale dei risultati trovino una sintesi comune. Il raggiungimento di tale sintesi ha, da una parte, un alto significato metodologico e, dall'altra, aumenta le probabilità di partecipazione e coinvolgimento di tutti gli attori delle comunità locali al processo di costruzione dei Piani.

La Regione sostiene con specifiche azioni di accompagnamento tecnico il monitoraggio e la valutazione dei Piani di Zona e dei PIS durante il periodo di vigenza del Piano; nel primo anno viene predisposto in accordo con le articolazioni zonali delle Conferenze dei Sindaci e con le

Società della Salute il progetto di fattibilità della valutazione dei Piani di Zona e dei PIS, nel secondo anno vengono applicati gli strumenti, nel terzo anno viene portato a regime il sistema. Nella predisposizione degli strumenti di valutazione, nella loro applicazione e messa a regime la Regione si avvale dell'apporto tecnico del MeS - Management e Sanità - e dell'Agenzia Regionale di Sanità.

Il processo di monitoraggio e di valutazione è fondamentale ai fini della costruzione da parte delle Zone della relazione annuale consuntiva di cui al paragrafo 5.2.7.

5.2.6. Gli organi di supporto tecnico al governo locale: la segreteria tecnica di zona e le strutture della Società della Salute

Ogni articolazione zonale della Conferenza dei Sindaci si dota di una struttura tecnica operativa a supporto della sua attività, Segreteria Tecnica o Ufficio di Piano o della programmazione. La composizione, l'assetto organizzativo, i criteri per l'attribuzione delle responsabilità e le modalità di riparto della spesa relativa al loro funzionamento sono definite con accordi, in conformità ai principi di efficienza, efficacia ed economicità, ed ottimale allocazione delle risorse ed in relazione al modello di gestione prescelto. Comunque non dovranno determinare aggravii economici per gli organismi di gestione.

Nell'ambito del sistema integrato, l'organo di supporto svolge le seguenti funzioni:

a) predispone il piano di zona o PIS, specificando gli adempimenti operativi connessi alla sua attuazione, il piano di gestione, il budget di piano;

b) sviluppa e applica gli strumenti propositivi, progettuali, valutativi, di monitoraggio in ogni fase operativa della programmazione zonale in attuazione degli indirizzi e delle decisioni dell'articolazione zonale della Conferenza dei Sindaci;

c) coordina l'attività degli enti locali appartenenti al territorio della zona distretto per l'elaborazione della relazione consuntiva di zona e la raccolta dei dati e delle informazioni necessarie al sistema Informativo sociale regionale, anche attraverso la collaborazione degli Osservatori Provinciali.

Questi processi per favorire l'integrazione e consolidare le esperienze a livello regionale potranno svilupparsi secondo modelli comuni condivisi tra le Segreterie Tecniche e la Regione Toscana.

A livello locale, nel caso in cui non sia stata formalizzata la costituzione della Società della Salute, potranno essere previsti appositi strumenti di consultazione e partecipazione anticipati nelle zone dove le Società della Salute sono già state costituite (Comitato di partecipazione, Consulta del Terzo settore).

5.2.7. La relazione consuntiva di zona-distretto

La relazione consuntiva di zona, prevista dalla *L.R. n. 41/2005* all'articolo 43, riporta i risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi definiti dal piano di zona e alle risorse impiegate.

È predisposta annualmente a cura della segreteria tecnica in collaborazione con gli Osservatori Provinciali territorialmente competenti ed è approvata dall'Articolazione Zonale della Conferenza dei Sindaci entro il 30 giugno di ogni anno. Nei successivi quindici giorni la relazione viene inviata alla Giunta regionale.

L'applicazione degli strumenti previsti per il monitoraggio del Piano di Zona e del Piano Integrato di Salute permette di conoscere e di controllare le fasi di raggiungimento degli obiettivi fissati verso risultati che sono oggetto della relazione consuntiva. I risultati, annualmente individuati, sono messi in relazione alla efficienza e alla economicità delle procedure poste in essere, al livello di partecipazione degli attori interessati e al livello di condivisione degli obiettivi da parte della comunità locale nel suo complesso.

Gli argomenti che devono essere oggetto di particolare osservazione per la costruzione della relazione consuntiva sono da individuare in via prioritaria come segue:

- il livello di attuazione dei Piani di zona o dei PIS;
- gli assetti organizzativi e percorsi procedurali attuati;
- le modalità di attuazione dell'integrazione tra politiche socio-assistenziali e altri settori di intervento;
- le voci di spesa relative ai punti precedenti.

Per l'impostazione e la redazione della relazione consuntiva di zona la Regione si impegna a dare supporto tecnico alle articolazioni zonali, anche attraverso l'Osservatorio Sociale Regionale che coordina a livello centrale le attività di monitoraggio dell'attuazione locale.

Gli Osservatori Provinciali collaboreranno altresì alla relazione consuntiva attraverso dati e conoscenze in loro possesso.

Nell'arco di vigenza del piano si provvederà ad individuare insieme alle articolazioni zonali delle Conferenze dei Sindaci e alle S.d.S. dove costituite, gli strumenti per il monitoraggio e la valutazione (1[^] anno), l'individuazione di ambiti tematici di particolare interesse per il loro valore strategico nell'evoluzione del sistema integrato sui quali devono essere fornite alla Regione informazioni omogenee da parte di tutto il territorio regionale (2[^] anno), implementazione del sistema a messa a regime (3[^] anno).

5.3. La costruzione di reti di solidarietà sociale

Le dinamiche per la creazione e il sostegno al welfare locale richiedono un processo di coinvolgimento e integrazione di tutte le istanze sociali di un territorio, nelle sue varie forme strutturate o informali. Ma perché il processo esca dalla precarietà di un episodico volontarismo ha necessità di consolidarsi attraverso l'effettiva costruzione di reti di solidarietà sociale. Gli enti locali promuovono e valorizzano le attività organizzate da singoli o gruppi, coinvolgendo i soggetti del terzo settore, le organizzazioni sindacali, le categorie economiche promuovendo la costruzione di reti che abbiano ad oggetto lo sviluppo locale e la coesione sociale. La partecipazione delle istanze locali alla predisposizione del Piano integrato di salute, agevola l'individuazione di strategie sociali e di obiettivi specifici sui quali far convergere le volontà e le azioni oggetto di apposite intese.

5.4. La gestione associata dei servizi e delle prestazioni

La zona-distretto è l'ambito territoriale nel quale si realizza la programmazione del sistema integrato di servizi e prestazioni sociali sulla base degli accordi fra i comuni le aziende unità sanitarie locali, le Province di riferimento e gli altri Enti pubblici presenti, a tutela dei diritti della popolazione.

La zona-distretto è l'ambito nel quale si realizza la gestione degli interventi e delle prestazioni sociali integrate in relazione ai bisogni del territorio. In base al principio di sussidiarietà lo sviluppo del sistema integrato di interventi e servizi sociali in tali ambiti compete ai comuni.

Per la realizzazione degli interventi e dei servizi sociali, in forma integrata, è adottato il metodo della programmazione unitaria degli interventi e delle risorse necessarie alla loro realizzazione, dell'operatività per progetti, della verifica e valutazione del risultato in termini di qualità e di efficacia delle prestazioni.

I comuni gestiscono gli interventi previsti dal sistema integrato di prestazioni sociali in forma preferibilmente associata con tutti gli altri enti della zona - distretto secondo le modalità previste dal capo V del *decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267* (Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli Enti locali), dalla *legge regionale 16 agosto 2001, n. 40* (Disposizioni in materia di riordino

territoriale e di incentivazione delle forme associative dei comuni), dalla *legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41* (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale) e dalla *legge regionale n. 40 del 2005* (Disciplina del servizio sanitario regionale).

Nelle ipotesi in cui già siano presenti le Società della Salute, previste dal Piano Sanitario Regionale, il Piano di zona è sostituito dal Piano integrato di salute.

Il PISR sostiene comunque l'attuazione di ulteriori sperimentazioni di gestione unitaria dei servizi sociali che dovessero essere promosse da parte delle zone-distretto per particolari caratteristiche ed esigenze della comunità locale.

Le forme associative prescelte, sia che coinvolgano tutti gli enti della zona che alcuni enti specifici, sono indicate nel Piano di Zona o PIS, specificandone le funzioni, i regolamenti unitari, le modalità, l'ente a cui è attribuita la responsabilità della gestione associata.

Le risorse riservate alle incentivazioni delle forme di gestione associata e alle attività e compiti di supporto alla programmazione sociosanitaria di Zona sono individuate e rendicontate all'interno della relazione annuale.

5.5. Le Società della Salute

Al fine di supportare il processo di completamento della sperimentazione delle Società della Salute, fino al necessario adeguamento normativo, la nuova fase della sperimentazione è sostenuta attraverso il coinvolgimento della Conferenza di programmazione Socio-sanitaria, a cui partecipano tutti i Presidenti delle SdS, per un confronto sugli atti di competenza regionale in corso di assunzione.

La fase della sperimentazione relativa all'esercizio delle funzioni di programmazione dei servizi integrati è stata attivata in coerenza con il principio della gradualità pervenendo al raggiungimento di fasi diversificate tra le diverse sperimentazioni.

Al fine di rendere maggiormente omogenea e operativa la successiva fase della sperimentazione sono previste l'attivazione delle funzioni di governo effettivo del sistema sociale e sanitario e di orientamento della domanda.

Fasi ulteriori sono rappresentate dal perseguimento degli obiettivi della programmazione, l'attuazione dei Piani integrati di salute, il relativo controllo della domanda anche attraverso il governo dei budget, la reale integrazione operativa fra le strutture tecniche degli enti componenti il consorzio assicurando i processi organizzativi per l'attuazione del PIS.

Questi elementi sono contenuti in recenti indirizzi approvati dalla Giunta e dal Consiglio regionale.

Gli strumenti così definiti vanno ad aggiungersi a quelli delineati con l'avvio della sperimentazione dai singoli statuti delle Società della salute ovvero vanno a costituire la base per la loro attivazione e la loro applicazione operativa da parte delle singole esperienze locali.

Una volta conclusa positivamente la sperimentazione la Società della Salute assumerà la responsabilità del governo effettivo delle attività socio assistenziali, sociosanitarie, sanitarie territoriali e specialistiche di base relative alla zona-distretto di riferimento, che si sostanzia nell'adozione degli atti conseguenti il PIS, nella responsabilità della loro attuazione e nella conseguente organizzazione del consorzio volta a garantire il perseguimento reale degli obiettivi della programmazione, nonché nel controllo della domanda anche attraverso il governo dei budget, realizzando una reale integrazione operativa fra i componenti il consorzio.

5.6. Il ruolo delle Province

Le Province concorrono alla programmazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali realizzando le competenze indicate dalla *L.R. n. 41 del 2005*, in particolare:

- contribuiscono, in relazione alle proprie competenze, alla realizzazione del sistema informativo sociale regionale;
- attivano, insieme alla Regione, un percorso di collaborazione strategica finalizzato a costruire un piano metodologico condiviso per il supporto alla programmazione regionale e locale;
- partecipano alla definizione del Piano di Zona e, mediante stipula di accordo, con la Giunta della Società della Salute alla definizione del Piano Integrato di Salute per le materie alle stesse attribuite;
- collaborano, attraverso gli Osservatori Provinciali con la Segreteria Tecnica o con l'Ufficio di Piano per l'elaborazione della relazione consuntiva di Zona e la raccolta di dati e delle informazioni necessarie al sistema informativo regionale;
- collaborano con la Regione Toscana alla costruzione del sistema regionale per il monitoraggio e la valutazione dei Piani di Zona e dei PIS con particolare riferimento agli assetti organizzativi e procedurali attuati in ogni articolazione zonale e alle modalità di attuazione dell'integrazione tra politiche sociali e le altre politiche settoriali di cui all'*art. 3 comma 2 L.R. n. 41/2005*;
- partecipano con rappresentanti provinciali alla Consulta regionale per la valutazione della sperimentazione delle SDS;
- supportano la Regione nella realizzazione della formazione e dell'aggiornamento degli operatori sociali;
- curano la tenuta degli albi e dei registri regionali previsti dalla legislazione regionale in materia di volontariato, cooperazione sociale, associazionismo di promozione sociale, e promuovono la partecipazione dei soggetti interessati alla costruzione delle reti di solidarietà sociale;
- partecipano all'articolazione zonale della Conferenza dei Sindaci per supportare la programmazione zonale e per garantire l'integrazione con la programmazione zonale anche mediante la presentazione di progetti nel settore sociale per problematiche interzonali.

6. Le azioni di Piano

Il contenuto di ciascuna azione di piano è espresso attraverso schede nelle quali sono indicati i seguenti elementi:

- obiettivi prioritari
- risultati attesi
- ruolo degli Enti locali e i rapporti tra i diversi soggetti istituzionali
- organizzazione dei servizi
- ruolo della comunità
- rapporti con il volontariato e la rete di promozione sociale
- proposte di interesse regionale per le aree della prevenzione, del sostegno, della tutela
- politiche tariffarie e di compartecipazione.

6.1. Il sostegno alle responsabilità familiari

L'azione di sostegno alle famiglie necessita di interventi integrati in grado di agevolare l'assunzione delle responsabilità familiari soprattutto da parte delle giovani generazioni.

La molteplicità degli interventi, dei servizi e delle misure rivolte alle famiglie richiede azioni trasversali tese ad integrare tutte le politiche settoriali - anziani, infanzia, servizi educativi, socio-sanitari, casa, trasporti, pari opportunità - sino alla ricomposizione di un quadro organico finalizzato al concreto sostegno dei percorsi di vita e di crescita delle coppie.

Obiettivi e priorità:

- a) sostegno delle responsabilità familiari;
- b) sostegno delle attività di cura rivolte a soggetti in situazione di vulnerabilità (disabili, anziani non autosufficienti, salute mentale, minori in affidamento);
- c) tutela e sostegno della maternità e della nascita;
- d) promozione delle azioni di conciliazione dei tempi di cura e di lavoro;
- e) prevenzione delle situazioni di disagio sociale ed economico;
- f) individuazione di forme di integrazione tra le politiche di settore e scambio delle buone pratiche realizzate sul territorio;
- g) favorire l'accettazione in famiglia di figli con problematiche legate alla identità di genere;
- h) promozione e valorizzazione delle relazioni, delle risorse e del capitale sociale della comunità nell'ottica di valorizzare e sostenere la famiglia;
- i) promozione della partecipazione attiva delle famiglie all'individuazione dei bisogni e alla programmazione degli interventi;
- j) diffusione di pratiche informative e di comunicazione sociale mirate, rivolte alle famiglie e alle persone.

Strumenti:

- individuare e sviluppare tutti i supporti e le forme di aiuto volti a sostenere l'assolvimento delle responsabilità familiari nei confronti dei soggetti che compongono il nucleo familiare e in particolare nelle situazioni di forte difficoltà per la presenza di persone vulnerabili o non autosufficienti. I supporti ed i sostegni sono altresì finalizzati ad attuare il principio delle pari opportunità;

- individuare e sperimentare forme di supporto agli anziani e alle loro famiglie per servizi finalizzati ad evitare il più a lungo possibile esiti di non autosufficienza (favorire brevi uscite, lettura dei quotidiani, portare a casa la spesa, ecc.);

- favorire la piena affermazione del principio della maternità e paternità informata e consapevole, anche attraverso il lavoro svolto dai consultori familiari di cui al punto 7.14.1 del presente PISR;

- sostenere attraverso forme di intervento differenziate - che fanno prevalentemente riferimento all'implementazione di prestazioni sociali quali asili nido, accesso all'alloggio, sostegno agli affitti, accesso al credito e altri servizi - l'impegno che le giovani coppie assumono attraverso la decisione di avere figli, contrastando così anche la tendenza alla bassa natalità;

- individuare precocemente - attraverso l'effettuazione di indagini conoscitive e di raccolta dei dati provenienti dalle attività realizzate sul territorio - i fattori di forte difficoltà e di vulnerabilità che, se non adeguatamente affrontati e trattati, possono ostacolare l'armonico sviluppo relazionale; i fattori di rischio eventualmente evidenziati, soprattutto se in presenza di minori, devono essere

ordinati al fine di attivare azioni di prevenzione della disgregazione del nucleo familiare e alla riduzione del ricorso all'allontanamento dei minori;

- dotare i genitori di strumenti di comprensione dei figli con problematiche legate alla identità di genere;

- sviluppare un sistema territoriale che, attraverso la valorizzazione delle risorse e delle capacità delle famiglie, favorisca la loro integrazione nella rete delle comunità locali e l'accesso ai servizi offerti dal territorio, riducendo al contempo le situazioni di isolamento che tendono ad incrementare situazioni di disagio e di marginalizzazione. In particolare si fa riferimento anche agli strumenti previsti all'interno del presente PISR per la realizzazione del punto unico di accesso quale servizio caratterizzato dalla valutazione complessiva dei bisogni, dall'individuazione di risposte adeguate e in grado di orientare la domanda ed a quanto presentato all'interno del punto 6.4 sull'inclusione sociale e contrasto delle povertà;

- individuare strumenti informativi e di comunicazione sui servizi e sui progetti rivolti alle famiglie adottando il metodo del coordinamento e della messa in rete delle informazioni;

- sostegno alle coppie e alle famiglie immigrate presenti sul territorio regionale.

6.2 I diritti dei minori

Nel quadro della legislazione internazionale e nazionale che afferma la centralità, dei diritti delle bambine e dei bambini, l'appuntamento del 31 dicembre 2006 stabilito dalla *legge n. 149/2001* quale termine entro cui portare a compimento il processo di deistituzionalizzazione, ha dato nuovo slancio al dibattito sugli interventi e servizi rivolti a garantire la tutela e la protezione dei minori e la loro educazione e crescita in un idoneo ambiente familiare. L'esperienza della Regione Toscana, quale realtà in cui da tempo si è avviato e realizzato il processo di superamento degli istituti, ha portato negli ultimi anni allo sviluppo di un lavoro caratterizzato da aspetti qualitativi - con attività di studio e formazione indirizzate alla qualificazione dei servizi - e da interventi di rafforzamento della cornice normativa, con la delimitazione dei possibili percorsi che assicurino alle bambine e ai bambini il diritto a crescere nella propria famiglia.

La disponibilità di serie storiche di dati, raccolti e elaborati dal Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza istituito dalla *L.R. n. 31/2000* e gestito dall'Istituto degli Innocenti di Firenze (si veda per questo il successivo par. 6.2.6.), permette di rilevare con andamento costante quelli che sono gli elementi distintivi del fenomeno dei minori fuori dalla famiglia, cioè delle bambine e dei bambini in affidamento a famiglie e a servizi residenziali di accoglienza. È da questo bagaglio di informazioni quantitative e qualitative che scaturiscono i necessari approfondimenti a supporto sia delle politiche di intervento di settore che dei possibili processi di riqualificazione e miglioramento dei servizi.

Il quadro generale dell'andamento e delle caratteristiche degli affidamenti in Toscana scaturisce dall'analisi svolta dal Centro regionale sui dati riferiti al 30 giugno 2005 dalla quale emergono elementi conoscitivi specifici sul contesto familiare e affidatario e sul percorso assistenziale nei riguardi dei minori.

Come dato complessivo può considerarsi quello degli affidamenti a famiglie o a parenti che da soli riguardano 1462 minori di cui 863 italiani e 599 stranieri; degli stranieri, che rappresentano il 40% dei minori in affidamento alla data sopra indicata, la quasi totalità (99%) si trova nella condizione di minore straniero non accompagnato. Tra i minori stranieri più del 70% al momento dell'affidamento risultano in età superiore a 14 anni (mentre per gli italiani la percentuale è del 6,1%). Sul versante degli affidamenti a servizi residenziali si registrano 543 casi con andamento decrescente rispetto alle rilevazioni precedenti - di cui 315 riguardano bambini e ragazzi italiani e 228 stranieri. Tra le forme di affido che si sono andate rafforzando predomina l'affidamento a parenti (64%) che rappresenta, sia per i minori italiani che stranieri, l'istituto maggiormente adottato.

Anche per quanto concerne il fenomeno delle adozioni nazionali e internazionali i dati statistici sono elaborati dal Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza: in questo caso le fonti informative di riferimento per il livello regionale sono costituite rispettivamente dal Tribunale per i Minorenni di Firenze per la parte relativa ai dati sulle coppie adottive e i bambini adottati e dalle Zone socio-sanitarie per la parte relativa all'attività dei quattro Centri per l'Adozione di Area Vasta istituiti in attuazione della Delib.G.R. 12 novembre 2001, n. 1218: per quanto concerne i dati de Tribunale per i Minorenni di Firenze, nei sette anni di monitoraggio dell'attività del Tribunale, si sono registrate 5.576 domande, di cui 1.360 solo nazionali, 569 solo internazionali e le rimanenti 3.647 sia nazionali che internazionali. Nell'ultimo anno monitorato (2005) le coppie richiedenti sono state 828.

L'età media delle coppie che si avvicinano all'adozione sembra stabilizzarsi, negli anni monitorati, intorno ai 40 anni per gli uomini e 38 per le donne, con una leggera differenza per le coppie che presentano solo domanda di adozione internazionale che anche per il 2005 mostrano un'età media leggermente più alta, con 41 anni per gli uomini e 39 per le donne. Anche il numero medio di anni di matrimonio per queste coppie sembra leggermente più alto con 9,9 contro gli 8,6 anni delle coppie prese nel loro complesso.

Si conferma, inoltre, la riduzione del numero di anni trascorsi tra la data del matrimonio e quella della domanda delle coppie che fanno entrambe le domande (che rappresentano la parte più consistente delle coppie) attestandosi sui 7,6 anni contro gli 8,9 del 1999.

Infine, dei 46 bambini dichiarati adottabili nel 2005 circa i tre quarti hanno meno di un anno e solamente 2 hanno più di 10 anni. Relativamente al sesso si registra una leggera prevalenza delle femmine (26) sui maschi (20).

I bambini adottati nei sette anni analizzati sono 2.282, di cui 297 nel 2005. Di questi l'88,6% nell'ambito dell'adozione internazionale.

6.2.1 I minori fuori dalla famiglia: l'affidamento a famiglia e l'affidamento a servizi residenziali socio-educativi

L'affidamento temporaneo a famiglia e a servizi residenziali socio-educativi rimane una delle forme di tutela e di protezione più incisive nei confronti del minore, al quale ricorrere quando siano rilevate difficoltà della famiglia tali da non consentirle di assolvere i compiti educativi che le sono propri. L'obiettivo finale del rientro del minore nella propria famiglia, che percorre tutta la normativa nazionale, è stato recepito dalla Regione Toscana attraverso le leggi e gli atti di programmazione e di indirizzo per la regolamentazione dei servizi e delle prestazioni e per gli interventi tutela e protezione. Tra questi atti figura, in particolare, la *Delib.G.R. 27 febbraio 2006, n. 139* avente ad oggetto "Indirizzi in materia di affidamento di minori a famiglia e a servizi residenziali socio-educativi, ai sensi dell'*art. 53 comma 2, lettera e), legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41*".

L'inserimento di un minore in una famiglia affidataria o in struttura residenziale è un provvedimento da collocarsi all'interno di una più ampia azione progettuale della quale è cardine, oltre al progetto educativo personalizzato, l'attenzione costante alla rimozione delle cause che hanno portato all'allontanamento.

Obiettivi e priorità:

1. promuovere, nell'arco di vigenza del PISR, interventi di sostegno ai nuclei familiari in difficoltà al fine di rimuovere nell'interesse del minore, le condizioni di disagio e prevenire i fattori di rischio, gli stati di trascuratezza e maltrattamento, accompagnando la famiglia nell'assolvimento dei propri compiti educativi, anche col supporto della mediazione culturale.

2. rafforzare, nell'arco di vigenza del PISR, il percorso assistenziale dell'affidamento che oggi, rispetto al passato, presenta elementi di maggiore difficoltà collegabili in senso lato, sia alle trasformazioni sociali che investono l'evoluzione delle famiglie (processi di disgregazione e di ricostruzione di nuove famiglie, instabilità coniugale, invecchiamento delle reti parentali ...), sia a fenomeni di fragilità e rischio psico-sociale (difficoltà nell'assolvimento delle funzioni educative, problemi di dipendenza e salute mentale ...).

3. rafforzare, nel medio periodo, la conoscenza e la diffusione dell'istituto dell'affido, nell'ottica di promuovere tra i cittadini un'adeguata consapevolezza delle potenzialità e delle criticità insite nel relativo percorso.

4. sostenere la famiglia affidataria nelle funzioni che le sono proprie.

Strumenti:

a. il sostegno ai nuclei familiari a rischio, quali interventi di assistenza educativa domiciliare o di servizi semi residenziali, finalizzato a contenere e/o rimuovere le condizioni di disagio e a prevenire l'allontanamento del minore dalla propria famiglia.

b. la verifica delle prassi operative e delle funzioni attribuite ai servizi pubblici per l'affidamento a famiglie (Centri Affido il cui modello organizzativo è stato definito con la Delib.C.R. n. 348/1997), al fine di diffondere su tutto il territorio regionale modelli omogenei di intervento caratterizzati dall'integrazione con i servizi sociali territoriali e con i servizi specialistici.

c. la promozione di percorsi formativi multidisciplinari e integrati, rivolti a sostenere le competenze degli operatori in relazione alle diverse fasi del percorso assistenziale e a favorire la rete dei contatti con la famiglia d'origine in previsione del possibile rientro del minore.

d. il rafforzamento della rete di rapporti e collaborazioni tra servizi sociali territoriali e l'autorità giudiziaria, favorendo anche la realizzazione di iniziative di aggiornamento e formazione congiunte per approfondire e valorizzare le buone prassi dell'intervento di affidamento.

e. l'attivazione su larga scala di forme di sensibilizzazione e di conoscenza dell'istituto dell'affidamento, anche attraverso campagne di comunicazione sociale mirate.

f. favorire l'attivazione e il rafforzamento delle reti di comunicazione e collaborazione a vari livelli istituzionali (scuola, volontariato, privato sociale, individuando dei punti nevralgici per la diffusione di informazioni e per l'intercettazione dei possibili disagi.

g. il supporto alle famiglie affidatarie attraverso l'azione di professionalità multidisciplinari che possano agire sulle potenzialità delle famiglie attivando i necessari canali di contatto con i servizi territoriali e con le famiglie d'origine.

h. favorire iniziative di auto sostegno tra le famiglie affidatarie.

i. la promozione all'adozione da parte dei competenti enti locali delle misure di accompagnamento e di sostegno attivate in favore delle famiglie affidatarie.

6.2.2 I minori in famiglia: l'adozione nazionale ed internazionale

Il vivace dibattito sui diritti dell'infanzia, che ha introdotto negli ultimi anni rilevanti modifiche e novità alla legislazione in materia di adozione nazionale ed internazionale, afferma oggi con maggiore chiarezza il principio del diritto del minore a vivere in un contesto familiare in grado esprimere adeguate relazioni affettive e opportunità di crescita. Non possono tuttavia essere trascurati quegli aspetti di complessità insiti nel percorso adottivo che possono talvolta evidenziare vere e proprie difficoltà di fronte alle quali le coppie aspiranti all'adozione non devono essere lasciate sole. Nel quadro delle finalità dell'Accordo di Programma in materia di adozione del 12 novembre 2001 tra la Regione Toscana, i Comuni capofila delle zone socio-sanitarie e le Aziende

Sanitarie Locali, i servizi territoriali sono chiamati a dotarsi di un assetto organizzativo ed operativo funzionale all'esigenza di offrire prestazioni che rispondano ai bisogni informativi, anche di livello preventivo, delle coppie, poiché solo attraverso un'adeguata preparazione dei futuri genitori adottivi potrà pienamente affermarsi la tutela del diritto primario del minore a crescere in una famiglia.

Obiettivi e priorità:

1. Assicurare, nel medio e nel lungo periodo, qualità ed omogeneità ai servizi per l'adozione nazionale ed internazionale, per la piena applicazione delle competenze attribuite in materia dalla legislazione nazionale ai soggetti istituzionali coinvolti nel percorso dell'adozione e per offrire alle famiglie aspiranti all'adozione sostegno concreto all'assunzione di una decisione consapevole e allo sviluppo delle competenze genitoriali.

2. Assicurare, nel lungo periodo, un adeguato sostegno alla fase post adottiva, al fine di supportare la famiglia nel percorso di appropriazione del "nuovo" ruolo genitoriale anche per prevenire eventuali fallimenti adottivi.

3. Farsi carico del problema dei bambini e degli adolescenti rifiutati.

Strumenti:

a. La promozione di forme di valorizzazione e sostegno della gestione associata dei servizi per l'adozione, attivando processi di verifica della tenuta del modello organizzativo di area vasta, di cui alla Delib.G.R. 12 novembre 2001, n. 1218 e successive integrazioni e modificazioni.

b. Il sostegno ai processi caratterizzati dalla costituzione o dal rafforzamento della rete di rapporti e relazioni tra i servizi territoriali, sociosanitari, gli Enti Autorizzati e l'Autorità Giudiziaria, al fine di garantire l'appropriatezza e l'efficacia degli interventi evitando duplicazioni, separazioni e frammentazioni che avrebbero delle ricadute negative sia sull'attività gestionale che sull'attività di sostegno alle coppie.

c. La realizzazione di azioni di monitoraggio e di verifica delle varie fasi che compongono il percorso dell'adozione.

d. La promozione di percorsi di aggiornamento e di formazione per gli operatori che rispondano adeguatamente alle esigenze di supporto sia sociale che psicologico necessario in ognuna delle fasi che concorrono alla costituzione e allo sviluppo della genitorialità della famiglia adottiva.

e. L'attivazione di forme di conoscenza e di approfondimento dell'istituto dell'adozione e di pubblicizzazione dei servizi offerti alle famiglie aspiranti all'adozione da parte dei centri di area vasta.

f. L'individuazione di un omogeneo modello di intervento sulla fase post adottiva che si sviluppi fino all'affermazione dell'autonomia della famiglia ha anche con la possibile valorizzazione di competenze di sostegno e auto-aiuto.

g. La promozione di percorsi di aggiornamento e di formazione per gli operatori impegnati nella fase di sostegno e vigilanza post adottiva, mirati prioritariamente a sostenere i genitori nell'appropriazione di un ruolo attivo rispetto alla soluzione delle possibili difficoltà sopraggiunte.

h. Il sostegno alla rete di rapporti e collaborazioni tra i servizi per l'adozione e gli enti autorizzati al fine di assicurare l'appropriatezza e l'efficacia degli interventi nella fase delicata del sostegno post-adottivo.

i. La formazione di competenze specifiche del personale dei centri che accolgono i bambini e gli adolescenti rifiutati.

6.2.3 Lo sviluppo del sistema dei servizi per la tutela del minore fuori della sua famiglia di origine: l'accoglienza in struttura residenziale

Quando si rende necessario l'allontanamento provvisorio di un minore dalla propria famiglia di origine poiché si registrano difficoltà che, nonostante l'attivazione dei necessari supporti ed interventi, non risultino ancora superate, può rivelarsi opportuna la sistemazione all'interno di una struttura residenziale. Questo provvedimento, così come l'affidamento a famiglia, si propone come intervento che sostituisce temporaneamente la casa e la famiglia e deve garantire al minore uno spazio protetto in cui possa essere rielaborato un progetto per il futuro con il supporto di figure adulte capaci di sviluppare le necessarie relazioni affettive ed educative tenendo presente l'obiettivo primario del rientro del minore nella propria famiglia.

Il sistema regionale dei servizi a tutela del minore prevede una gamma di possibilità d'accoglienza che possono rispondere a problematiche sempre più differenziate e in continua evoluzione.

Obiettivi e priorità:

1. Sviluppare, nel medio e nel lungo periodo, il processo di qualificazione delle strutture residenziali e semiresidenziali socio educative.
2. Attivare, nell'arco di vigenza del PISR, tutte le possibili collaborazioni con la famiglia di origine, interagendo con la rete dei servizi del territorio e sviluppando capacità di co-progettazione con il servizio che ha inviato il minore.

Strumenti:

- a. L'accompagnamento alla fase di prima applicazione del regolamento attuativo della *legge regionale n. 41/2005* nel quale sono ricondotti ad unità i requisiti strutturali, organizzativi e professionali per il funzionamento delle comunità familiari rivolte a minori, adolescenti e mamme in difficoltà.
- b. Il sostegno al processo di adeguamento delle strutture già operanti e delle strutture di nuova realizzazione.
- c. Favorire i rapporti di collaborazione tra enti locali e commissioni di vigilanza per colmare le eventuali realtà che ancora necessitassero di processi di adeguamento e per favorire la piena qualificazione delle comunità per minori alla luce dei requisiti previsti dagli atti regionali di indirizzo e di regolamentazione.
- d. Favorire l'armonizzazione dei sistemi di qualità sperimentati dalle comunità per minori con il percorso regionale previsto in materia di accreditamento dei servizi e delle strutture sociali e socio-sanitarie.
- e. Il sostegno alle competenze specifiche degli operatori delle comunità familiari per minori che dovranno essere attivate sia nella relazione con il minore accolto che nel rapporto con le famiglie di origine.

6.2.4 I minori vittime di maltrattamento, abuso e abbandono

Il tema del maltrattamento e abuso di minori rappresenta ancora, purtroppo, una questione centrale nell'ambito del più vasto fenomeno della violenza contro le persone che insidia l'armonico sviluppo della salute e del benessere psico-fisico degli individui. Nel primo rapporto mondiale su violenza e salute, presentato nel 2002 dall'Organizzazione Mondiale della sanità (OMS-WHO), spicca il dato per cui quattro dei sette capitoli che compongono il rapporto sono dedicati alle forme di violenza nei confronti di minori. Gli stessi dati sono evidenziati anche nello Studio delle Nazioni Unite sulla violenza sui bambini e gli adolescenti del 2006.

Dalla letteratura e dagli studi specialistici di settore si evidenziano le molteplici forme che assume la definizione di maltrattamento all'infanzia, intendendo, oltre agli abusi sessuali, le forme di cattiva cura e di trascuratezza nonché di sfruttamento commerciale e comunque tutte quelle situazioni che comportano un pregiudizio reale o potenziale per la salute del bambino, la sua sopravvivenza il suo sviluppo o la sua dignità. Benché tali definizioni non escludano forme di violenza che possano verificarsi anche in ambiti extrafamiliari, è fuor di dubbio che la violenza e l'abuso assumono prevalentemente le caratteristiche di fenomeni intrafamiliari che, come è noto, restano spesso segreti e non visibili. In particolare, nel quadro degli indirizzi metodologici per la prevenzione e il contrasto di questo fenomeno definiti dalla Regione nella "Guida e strumenti operativi in materia di abbandono e maltrattamento dei minori", approvata con *Delib.G.R. 25 marzo 2002, n. 313*, si conferma la particolare attenzione da porre nei riguardi dell'emergere di nuove forme di violenza quali la riduzione in schiavitù, la prostituzione, il coinvolgimento nella pornografia o l'emarginazione derivante dall'immigrazione clandestina.

Obiettivi e priorità:

1. Promuovere, nel lungo periodo, azioni proiettate verso una dimensione d'intervento preventivo per rimuovere nell'ambito familiare le eventuali condizioni che possano pregiudicare un equilibrato sviluppo psico-fisico del minore.

2. Favorire, nel medio periodo, l'adozione di modelli di intervento per la presa in carico dei minori vittime di maltrattamento e abuso e per limitare e superare i danni, che siano caratterizzati da uniformità delle procedure e dalla multidisciplinarietà delle figure professionali.

3. Attivare, nel medio periodo, interventi per la prevenzione dell'abbandono traumatico di minori alla nascita e per garantire nei confronti del minore, il diritto ad una famiglia e, nei confronti della donna, il diritto di partorire in anonimato.

4. Promuovere fra i minori i valori della non violenza e del rispetto tra i generi, la creazione di strumenti di comunicazione che favoriscano la partecipazione e il protagonismo dei bambini e degli adolescenti.

Strumenti:

a. Il sostegno ad iniziative e progetti incentrati sulla genitorialità e sull'educazione familiare che favoriscano la comunicazione e la socializzazione tra genitori e figli attraverso lo sviluppo di pratiche di accudimento e approcci educativi adeguati all'età del bambino e al suo grado di sviluppo psico-fisico, riservando particolare interesse al coinvolgimento della figura paterna.

b. Interventi di sostegno alle madri che si trovano ad accudire il primo figlio, affinché possano essere accompagnate nei primi mesi di crescita del bambino e per scongiurare la possibile insorgenza di situazioni segnate dal senso di solitudine e di angoscia che possono alterare l'equilibrio nel rapporto madre-bambino.

c. L'attivazione di processi caratterizzati dal lavoro diretto, in maniera da rafforzare concretamente la collaborazione e le relazioni tra i servizi territoriali, i servizi specialistici socio sanitari, la magistratura e l'autorità giudiziaria al fine di garantire l'appropriatezza e l'efficacia degli interventi evitando duplicazioni, separatezze e frammentazioni che potrebbero ritardare il processo di elaborazione e superamento del trauma subito.

d. L'attivazione a livello zonale di un nucleo operativo formato da professionalità integrate per fronteggiare le problematiche derivanti da fenomeni di abuso, maltrattamento e violenza nei confronti dei minori.

e. La realizzazione di percorsi di aggiornamento e formazione che offrano agli operatori sociali e socio-sanitari un'adeguata conoscenza delle componenti normative e giuridiche, nonché strumenti per approntare efficaci percorsi di rielaborazione del trauma subito che prendano anche in

considerazione gli esiti di natura patologica e il rischio di trasmissione intergenerazionale delle condotte maltrattanti o abusanti.

f. Nel quadro generale degli obiettivi di tutela e sostegno della maternità e della nascita di cui al precedente punto 6.1, l'individuazione di indirizzi e linee-guida per la definizione del percorso di sostegno denominato "Mamma Segreta": a partire dall'intercettazione del possibile disagio fino all'accoglienza nei servizi ospedalieri e socio sanitari integrati, è necessario individuare i punti nevralgici della procedura amministrativa e assistenziale con l'obiettivo di orientare l'organizzazione a livello di servizi territoriali finalizzata a sostenere la donna nella sua scelta consapevole di avvalersi della possibilità di partorire in anonimato o di sviluppare, con l'accompagnamento degli operatori, le proprie capacità genitoriali.

6.2.5. Interventi per i minori non accompagnati

Nell'ambito delle problematiche minorili riveste un rilievo specifico la tematica dei minori soli di età adolescenziale che si presentano privi di un nucleo familiare di riferimento.

Tale tematica è emersa negli ultimi anni in forte collegamento con le note dinamiche che determinano forti flussi di migrazione verso il nostro paese di persone provenienti da paesi poveri alla ricerca di migliori condizioni di vita.

Anche per far fronte a tale fenomeno presso il Ministero del Welfare opera un Comitato minori stranieri che ha tra, i suoi compiti la definizione delle modalità dell'accoglienza, del rimpatrio assistito e del ricongiungimento del minore con la sua famiglia.

La presenza rilevante nel territorio di minori stranieri soli è da collegare pertanto alla generale dinamica migratoria sopra indicata e alla particolare tutela riconosciuta in favore del minore in ambito internazionale e quindi anche nello stato italiano tale da non consentire interventi semplicemente repressivi e da permettere una legittimazione al soggiorno non riconosciuta allo straniero adulto in assenza degli specifici requisiti richiesti dalla legge per un ingresso e soggiorno regolare.

La presenza di minori stranieri è però anche da collegare a fenomenologie criminali come quelle della tratta e a situazioni di devianza. Come sottolineato nella relazione dell'Osservatorio Nazionale sulla prostituzione e la tratta, presentata a Roma il 2 ottobre 2007, vi è forte preoccupazione per i minori stranieri non accompagnati (MSNA) che arrivano nel nostro paese, poiché è alto il rischio del loro sfruttamento a fini lavorativi o sessuali.

Pertanto il Piano deve attuare il monitoraggio e la messa in rete delle diverse esperienze e percorsi di accoglienza esistenti sul nostro territorio, giungendo a sperimentare forme di intervento sempre più strutturate e contribuendo ad anticipare le risposte all'esigenza di un Sistema Nazionale di accoglienza per i MSNA.

In questa prospettiva, l'impegno della Regione e degli enti locali in questo settore di intervento si connette sia ai positivi risultati relativi ad alcune esperienze di lavoro maturate nel periodo precedente sul territorio regionale soprattutto nelle zone a più alta densità del fenomeno, sia alla partecipazione dell'amministrazione regionale a network nazionali e internazionali tra i quali la Rete euromediterranea REMI.

Obiettivi e priorità:

Attraverso appositi percorsi di ricerca verrà innanzitutto sviluppata una attenta analisi del fenomeno sotto il profilo della verifica della consistenza numerica dei flussi migratori e della loro evoluzione nel tempo variabile anche in relazione al mutamento delle condizioni economiche e sociali dei paesi di provenienza.

L'analisi riguarderà anche le caratteristiche dei percorsi migratori riconducibili, come sopra rilevato, a motivazioni estremamente differenziate che comprendono in molti casi aspirazioni a un miglioramento delle condizioni di vita e che invece in altri casi si collegano a fenomenologie criminali e di devianza.

L'accurata analisi del fenomeno sarà funzionale alla graduale promozione della crescita qualitativa degli interventi e dello sviluppo omogeneo delle attività degli enti locali.

Verrà quindi promossa una evoluzione dei modelli di intervento che consenta di garantire l'immediato inserimento in percorsi di aiuto del minore solo e lo sviluppo di tali percorsi in maniera funzionale al soddisfacimento delle sue esigenze di formazione e di crescita.

Dovrà venire infine favorita una adeguata personalizzazione degli interventi in rispondenza alle esigenze peculiari anche di carattere psicologico di ciascun minore.

Strumenti:

Gli obiettivi indicati verranno perseguiti attraverso un forte raccordo con gli enti locali e in particolare con quelli maggiormente interessati alla fenomenologia in esame.

Verranno attuati il monitoraggio e la messa in rete delle diverse esperienze e percorsi di accoglienza esistenti sul territorio regionale, nonché la sperimentazione di percorsi di aiuto del minore non accompagnato maggiormente strutturati e corrispondenti ad una sempre più adeguata personalizzazione delle risposte ai bisogni di ciascun minore, a partire dalla sperimentazione di misure di affido a famiglie nell'ambito della stessa comunità.

Verrà curato inoltre il rapporto con gli organismi nazionali e internazionali competenti quali il tavolo per i minori stranieri presso il Ministero del Welfare, l'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (OIM) e la rete REMI.

Lo sviluppo dei percorsi formativi e di ricerca e analisi del fenomeno avverrà soprattutto attraverso i rapporti di collaborazione in atto con l'Istituto degli Innocenti.

6.2.6. Partecipazione dell'Istituto degli Innocenti di Firenze all'attuazione delle politiche regionali di promozione e di sostegno rivolte all'infanzia e all'adolescenza

La partecipazione dell'istituto degli Innocenti di Firenze alle politiche regionali di intervento si identifica, sotto il profilo funzionale, nella gestione delle attività del Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza di cui alla *legge regionale n. 31/2000*.

La gestione del Centro regionale da parte dell'istituto è finalizzata ad assicurare una specifica azione di sostegno all'attuazione degli obiettivi del presente Piano Integrato Sociale Regionale, con riferimento ai settori di intervento riguardanti l'infanzia, l'adolescenza e le famiglie.

Gli ambiti tematici oggetto dell'attività dell'istituto trovano, inoltre, particolare specificazione in relazione ai seguenti riferimenti normativi:

- "Accordo di programma per l'applicazione delle leggi in materia di adozione tra la Regione Toscana, i Comuni capofila delle zone socio-sanitarie e le Aziende sanitarie locali", approvato con *Delib.G.R. 12 novembre 2001, n. 1218*;

- "Guida e strumenti operativi in materia d'abbandono e maltrattamento dei minori", approvata con *Delib.G.R. 25 marzo 2002, n. 313*;

- "Piano di Azione "Diritti dei minori", approvato con *Delib.C.R. 23 dicembre 2003, n. 238*;

- Azione "Mamma Segreta" nell'ambito del progetto integrato regionale "Sostegno alle Famiglie", approvata con *Delib.G.R. 24 ottobre 2005, n. 1046*;

- “Indirizzi in materia di affidamento di minori a famiglia e a servizi residenziali socio-educativi, ai sensi dell’*art. 53 comma 2 lettera e) legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41*”, approvati con *Delib.G.R. 27 febbraio 2006, n. 139*;

- “Regolamento regionale di cui all’*art. 62 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale*”.

Il Centro regionale agisce quale strumento informativo e conoscitivo a supporto delle funzioni di programmazione e monitoraggio proprie degli uffici regionali, delle zone socio-sanitarie, delle società della salute, degli enti locali, dei servizi territoriali e di tutti gli operatori del settore infanzia, adolescenza e famiglia.

Coerentemente con le finalità specifiche degli atti regionali di programmazione e indirizzo e in stretta sinergia con i referenti tecnici della Regione (per la pianificazione e la verifica annuale delle attività) e con i referenti degli ambiti territoriali, l’istituto opera ai fini di:

- offrire un contributo tecnico-conoscitivo di base al monitoraggio delle politiche di intervento sul territorio regionale, attraverso il lavoro di rilevazione statistica annuale degli interventi socio-assistenziali per i minori e dal lavoro di analisi dei piani sociali di zona e dei piani integrati di salute per la parte relativa all’infanzia, adolescenza e famiglia;

- promuovere opportunità di sostegno formativo per gli operatori e le operatrici dei servizi territoriali, con particolare riferimento alle tematiche connesse all’infanzia, all’adolescenza e alle famiglie e ai processi di riforma sopra evidenziati in materia minorile;

- sviluppare le attività di documentazione e le banche dati, con riferimento sia all’ambito della documentazione bibliografica, sia all’ambito della documentazione normativa, attraverso il reperimento dei documenti e l’implementazione degli archivi on line, la realizzazione di ricerche e rassegne tematiche e i servizi informativi all’utenza, in un ottica di supporto agli uffici regionali, agli ambiti territoriali, ai servizi e agli operatori.

Tra le più significative aree di sviluppo delle attività del Centro regionale figura l’impegno rivolto al completamento delle analisi sulle politiche territoriali di intervento - già oggetto della rilevazione statistica annuale sugli interventi per i minori in famiglia e fuori famiglia - attraverso l’approfondimento e la diffusione tra i referenti e gli operatori territoriali interessati, del lavoro di analisi dei piani sociali di zona e dei piani integrati di salute per la parte riguardante l’infanzia, l’adolescenza e la famiglia, sperimentato positivamente nel precedente periodo.

Sotto il profilo metodologico, il Centro regionale identifica quale elemento strategico di indirizzo e orientamento generale la ricerca attiva della partecipazione e del coinvolgimento degli ambiti territoriali toscani nella progettazione e impostazione dei percorsi formativi e di ricerca sui temi emergenti e di interesse comune.

Si conferma l’integrazione tra gli obiettivi specifici del Centro regionale e gli obiettivi connessi ad alcuni altri rapporti di collaborazione e partenariato che impegnano l’istituto degli Innocenti sia a livello nazionale (si ricordi a tal proposito la rivista “Rassegna Bibliografica” pubblicata in collaborazione con il Centro nazionale di documentazione e analisi per l’infanzia e l’adolescenza e i collegamenti specifici rispetto al tema della formazione con i percorsi inseriti nei quadri programmatici della Commissione per le Adozioni Internazionali) che a livello regionale (è il caso dell’adesione dell’Assessorato alle Politiche Sociali al progetto di osservatorio regionale su stampa e minori promosso in collaborazione con l’Assessorato alla Salute).

Sempre in questa prospettiva, figura il contributo dell’istituto e del Centro regionale all’attuazione del Protocollo d’intesa sottoscritto nel periodo precedente tra la Regione Toscana e Unicef IRC in materia di promozione dei diritti dell’infanzia che si collega altresì al pluriennale rapporto di collaborazione in essere tra lo stesso centro Unicef IRC e l’istituto degli Innocenti negli ambiti della ricerca, della formazione, della documentazione e della gestione della Biblioteca Innocenti Library.

Obiettivi e priorità:

Relativamente alle funzioni dell'osservatorio sociale regionale sui minori e nell'arco di vigenza del presente Piano:

- 1) disporre di archivi statistici e di banche dati aggiornate sulla condizione dei minori e sui servizi per l'infanzia e la famiglia;
- 2) realizzare specifiche ricerche di approfondimento;
- 3) elaborare strumenti di documentazione e di rilevazione dei dati e dei fenomeni sul territorio;
- 4) disporre di analisi quantitative sui fenomeni che riguardano l'infanzia e l'adolescenza prevedendo anche approfondimenti su specifici temi.

Relativamente alle funzioni del Centro regionale di documentazione su infanzia e adolescenza e nell'arco di vigenza del presente Piano:

- 1) monitorare lo stato di attuazione delle politiche per l'infanzia e l'adolescenza;
- 2) fornire un supporto documentario qualificato agli operatori dei servizi territoriali;
- 3) assicurare la documentazione e l'analisi delle tematiche inerenti l'infanzia, l'adolescenza e la famiglia a livello locale e nazionale;
- 4) elaborare il periodico trimestrale "Rassegna bibliografica: infanzia e adolescenza";
- 5) promuovere i servizi di consultazione e ricerche bibliografiche in collaborazione con la Biblioteca Innocenti.

Relativamente alle attività di formazione e nell'arco di vigenza del presente Piano:

- 1) garantire un percorso di aggiornamento e di formazione costante per gli operatori impegnati nel sistema dei servizi e delle prestazioni per i minori;
- 2) diffondere tra gli operatori la conoscenza degli strumenti operativi prodotti in questo ambito;
- 3) fornire un supporto all'applicazione e alla verifica dei modelli regionali di organizzazione dei servizi.

6.3. Una Toscana per i giovani

La fotografia delle politiche rivolte ai giovani in Toscana presenta un panorama non omogeneo: relazioni, rapporti, progetti rappresentano realtà frammentarie non sintetizzabili in un "modello comune".

Occorre sostenere uno sviluppo organico di un insieme di opportunità di incontri, svago, cultura, partecipazione, attivato e realizzato con la collaborazione delle istituzioni pubbliche e il terzo settore.

La formazione e la diffusione di una nuova cultura dell'integrazione operativa tra istituzioni diverse, tra queste e le istanze della società civile, potranno rappresentare l'elemento di partenza per il conseguimento di una piena cittadinanza dei giovani, da considerare non solo fruitori, ma, soprattutto risorse per l'intera collettività. Questo rende sempre più essenziale un loro più diretto coinvolgimento.

Appare del tutto evidente come la strategia da attivare risieda in primo luogo nella individuazione di modalità di incontro, anche ai vari livelli territoriali, che favoriscano, nei giovani, la conoscenza più diretta e puntuale delle risorse e delle opportunità dei diversi soggetti istituzionali e dell'ente-Regione e una più attenta percezione e considerazione delle istanze del mondo giovanile per il loro possibile accoglimento.

La realizzazione di una sede di confronto e di scambio sul piano della valutazione e dell'efficacia degli interventi, ma anche della loro eventuale elaborazione o rielaborazione, ha anche come obiettivo primario quello di ricondurre ad una effettiva realtà funzionale ed operativa tutti i soggetti che sono "in campo" e di ridefinire le responsabilità in modo da parlare di giovani non solo a proposito del loro disagio e delle relative problematiche, ma anche per valorizzarne capacità e creatività, disporre di congrue opportunità per il tempo libero, il lavoro, la produzione culturale, la salute e la vita familiare.

La posta in gioco che tutti si trovano a fronteggiare per quella fase dell'età evolutiva rappresentata dall'adolescenza è costituita dalla necessità di proporre agli adolescenti un senso del futuro possibile, una speranza per cui valga la pena di investire, muoversi, attivarsi, costruire un vero e proprio "progetto di vita".

Ai giovani non interessa essere attratti, essi sentono l'esigenza di imparare a superare e contrastare la propria solitudine, di partecipare, di stabilire rapporti e di avere un proprio potere contrattuale per arrivare così alla piena cittadinanza che dà loro la possibilità di esercitarsi nel progettare, organizzare, confrontare, realizzare e verificare attività legate ai loro interessi.

L'obiettivo è quindi di agire con la capacità di promuovere e realizzare strategie e progettualità comuni, integrate e coordinate in grado di rispondere alle diversificate realtà del mondo giovanile.

È necessario passare da una politica sviluppata per progetti mirati ad una politica organica nella quale i giovani toscani siano protagonisti del nostro tessuto comunitario, partecipi di percorsi formativi per la crescita culturale e l'acquisizione di una consapevolezza del proprio ruolo nell'attuale società con un percorso, a partire dal I° trimestre del 2008, improntato ad un progetto appositamente elaborato.

In questa direttrice il Servizio Civile rappresenta una importante opportunità di crescita della partecipazione e della responsabilità. Si tratta di una possibilità per tutti i giovani di impegnarsi in attività che valorizzano capacità umane e professionali in un percorso che avvicina persone e associazioni sociali in una collaborazione costruttiva e continuativa.

Principi Generali

I principi generali cui ispirare la realizzazione di politiche giovanili riguardano i seguenti assi portanti:

1. Apertura: assicurare un'informazione e comunicazione attiva nei confronti dei giovani, formulata nel loro linguaggio, per un primo coinvolgimento alle politiche che li riguardano.

2. Partecipazione: sostenere strumenti di coinvolgimento dei giovani non solamente alle scelte che li riguardano ma più in generale alla vita della collettività, promuovendo percorsi di cittadinanza e di partecipazione al processo democratico.

3. Responsabilità: l'aumento della responsabilità nei giovani favorisce un più ampio sviluppo relazionale, sociale ed emozionale con l'obiettivo di costruire una cittadinanza attiva che renda i giovani protagonisti della comunità sviluppando attività di cooperazione nuova e strutturata.

4. Efficacia: valorizzare la risorsa costituita dal mondo giovanile, in grado di affrontare le sfide della società e contribuire al successo delle diverse politiche che lo riguardano.

5. Coerenza: sviluppare una visione integrata delle diverse politiche che riguardano i giovani e dei diversi livelli d'intervento pertinenti.

Obiettivi

Al fine di acquisire una conoscenza specifica ed approfondita della condizione giovanile e di coordinare gli interventi degli Enti locali a favore dei giovani, la Regione promuove azioni tese a:

- a) favorire la partecipazione dei giovani alla vita sociale e politica;
- b) promuovere presso le province ed i comuni forme di consultazione dei giovani, in forma individuale ed associata, per favorire la loro partecipazione alla vita delle comunità locali;
- c) analizzare ed approfondire, con il concorso delle associazioni rappresentative del mondo giovanile, le tematiche attinenti alla condizione dei giovani;
- d) promuovere un sistema coordinato di informazioni rivolto ai giovani;
- e) favorire l'inserimento dei giovani nella società e nel mercato del lavoro;
- f) prevenire i percorsi della devianza e contrastare l'emarginazione giovanile;
- g) incentivare lo sviluppo dell'associazionismo giovanile;
- h) coordinare gli interventi rivolti ai giovani in materia di formazione, istruzione, occupazione, servizi sociali e prevenzione sanitaria;
- i) favorire scambi culturali giovanili a carattere interregionale ed internazionale.

Costruzione dei Progetti Integrati

I Progetti Integrati per i giovani dovranno essere costruiti utilizzando una metodologia che prevede la progettazione concertata e partecipata a livello territoriale (sul modello dei PASL previsti dalla *L.R. n. 41/1998* e dall'*art. 12-bis L.R. n. 49/1999*).

Le Articolazioni Zonali delle Conferenze dei Sindaci e re Società della Salute invieranno alla Regione i Progetti Integrati approvati dai rispettivi organi. La Regione, a seguito di verifiche relative alla coerenza con gli indirizzi e le priorità di Piano, individuerà le proposte da cofinanziare. Tali iniziative possono essere presentate anche da Enti locali in forma associata.

Le finalità da perseguire sono le seguenti:

- a) favorire l'aggregazione e l'associazionismo fra i giovani attraverso l'istituzione di consulte e forum giovanili locali;
- b) promuovere lo sviluppo coordinato di informazione ai giovani;
- c) attuare interventi per l'effettivo inserimento dei giovani nella società e per prevenire e contrastare fenomeni di emarginazione e devianza;
- d) promuovere e sviluppare scambi socio-culturali, in particolare con i Paesi della Comunità europea;
- e) realizzare attività culturali e del tempo libero per i giovani, in particolare per favorire la comunicazione tra i diversi mondi giovanili;
- f) favorire iniziative e realizzare progetti per la prevenzione sociale e la promozione della salute pubblica, incentivando iniziative ideate dai giovani;
- g) favorire la partecipazione dei giovani a programmi di concertazione per la creazione di spazi urbani, politiche delle abitazioni e dell'ambiente urbano.

6.3.1 Il servizio civile

Il Servizio civile è un sistema complesso che ha come protagonisti lo Stato e la Regione, gli enti, i giovani volontari, gli utenti e il territorio.

Gli ambiti di intervento del Servizio civile ne prevedono lo svolgimento nel settore della tutela dei diritti sociali e di cittadinanza delle persone mediante la collaborazione ai servizi di assistenza, prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale; sono previsti inoltre interventi nell'educazione e la promozione culturale, nella salvaguardia e fruizione del patrimonio ambientale,

nella valorizzazione del patrimonio storico, artistico e paesaggistico, nella collaborazione al sistema della protezione civile ed agli interventi di cooperazione internazionale.

Il servizio civile si svolge attraverso l'adesione volontaria al servizio e, con la formazione generale e specifica che ne sono componenti fondamentali, porta a fare un percorso che ha come obiettivo la promozione della cittadinanza.

Il Servizio Civile Nazionale esclude che si possano impiegare i giovani in sostituzione di personale, ma il servizio prestato può essere riconosciuto e può favorire l'ingresso dei giovani nel mondo del lavoro con accresciuta professionalità e consapevolezza delle dinamiche sociali e culturali.

Il servizio civile è, quindi, un sistema che funziona se funziona per tutti i protagonisti. I giovani vi svolgono un ruolo centrale perché non c'è servizio civile se non ci sono ragazzi e ragazze che scelgono volontariamente di farlo.

Accanto al Servizio Civile Nazionale, di cui la Regione cura l'attuazione di alcune funzioni, è in fase di avvio il Servizio Civile Regionale istituito con la *L.R. 25 luglio 2006, n. 35*.

La *L.R. n. 35/2006* consente di far fare il servizio civile a giovani comunque domiciliati in Toscana quindi anche ai non cittadini italiani.

L'attività di Servizio civile vuol contribuire alla salvaguardia e alla maggiore fruibilità del patrimonio storico-artistico, culturale e ambientale, in quanto patrimonio di tutta la comunità e, con riferimento agli obiettivi e alle azioni del presente Piano, costituisce una risorsa solidale per la promozione, lo sviluppo ed il sostegno di progetti ed interventi che mirano a realizzare compiutamente i diritti di cittadinanza sociale e preparano i giovani, formandoli al pieno esercizio di tali diritti.

Per l'avvio a regime della *L.R. n. 35/2006* sono previsti i seguenti passaggi:

- approvazione del regolamento di attuazione della legge regionale;
- presentazione e approvazione in Consiglio regionale del Piano Pluriennale del Servizio civile;
- presentazione e approvazione in Giunta regionale del Piano annuale del Servizio civile;
- accreditamento degli enti per il Servizio Civile Regionale;
- bando per la presentazione dei progetti di Servizio Civile Regionale e/o promozione di progetti sperimentali;

Sviluppo azioni sul Servizio Civile Nazionale e sul Servizio Civile Regionale:

- nuova fase di accreditamento per gli enti per il Servizio Civile Nazionale;
- monitoraggio dei progetti avviati nel 2006;
- implementazione e sviluppo delle pagine web dedicate al Servizio Civile nella Regione Toscana;
- pubblicazione del bando 2007 del Servizio Civile Nazionale;
- avvio dei progetti del Servizio Civile Nazionale;
- avvio dei progetti di formazione rivolti ai responsabili degli enti, ai progettisti, agli Operatori locali di progetto e ai giovani in servizio civile nazionale;
- gestione dei progetti di competenza degli albi regionali (SCN e SCR).

6.4. Il contrasto delle povertà e interventi di inclusione delle fasce deboli

Gli interventi sulla povertà, implicano un approccio dinamico e multidimensionale nel quale "l'inclusione" rappresenta la sintesi dei diritti di cittadinanza. Ciò prefigura il passaggio da una concezione che fa della povertà economica la chiave di lettura del fenomeno dell'esclusione ad una

concezione che considera l'esclusione come la risultante di diverse forme di disagio correlate fra loro.

La Regione Toscana, attraverso gli atti di programmazione territoriale, intende operare per ricondurre a sistema tutti quegli interventi che sinora si sono indirizzati alle fasce deboli, anche attraverso l'integrazione di nuove azioni, al fine di prevenire, ridurre, sostenere e contrastare forme di vulnerabilità sociale e di povertà estrema.

Obiettivi e priorità:

Gli obiettivi, in coerenza con quanto stabilito sia dagli indirizzi e normative europee che dalla *L.R. n. 41/2005*, troveranno realizzazione nell'arco di vigenza del PISR e dovranno:

- a) sostenere azioni di prevenzione della povertà;
- b) realizzare un sistema di governance capace di mantenere e sviluppare meccanismi di appartenenza e processi di autonomia e inclusione all'interno della comunità;
- c) favorire azioni di integrazione delle politiche afferenti ai settori della casa, della salute, dell'istruzione, della formazione professionale, del lavoro nonché delle risorse pubbliche e private presenti sul territorio per l'avvio e la realizzazione di interventi e servizi polivalenti;
- d) promuovere l'inserimento nei PIS delle azioni a contrasto della povertà;
- e) sostenere e incrementare la qualità dei servizi di pronto intervento e di prima assistenza per far fronte alle esigenze primarie di accoglienza, cura e sostegno di tutte quelle persone che si trovano in situazione di povertà estrema;
- f) estendere e uniformare progressivamente le forme di protezione sociale e sostegno al reddito di chi vive in stato di povertà;
- g) potenziare ed estendere la misura del "prestito sociale d'onore";
- h) sviluppare forme di accompagnamento sociale e di integrazione personalizzate e finalizzate, quando possibile, all'autonomia;
- i) sostenere anche attraverso gli interventi e le risorse previste nell'azione di piano "Una Toscana per i giovani" l'evasione e l'abbandono scolastico;
- j) promuovere e sostenere comunità solidali;
- k) promuovere e sostenere interventi, forme e modalità di facilitazione di accesso al credito delle persone che si trovano ad affrontare situazioni di momentanea difficoltà al fine di prevenire la caduta in forme di disagio estremo;
- l) promuovere le condizioni per l'attuazione del reddito di cittadinanza;
- m) favorire la conciliazione dei tempi di lavoro con quelli di cura;
- n) implementare e sostenere la rete di rapporti con il volontariato e le reti di promozione sociale presenti sul territorio, con riferimento ai servizi a bassa soglia, quali l'accoglienza notturna, le mense, l'aiuto alle persone che vivono per strada;
- o) sostenere ed accrescere l'azione delle agenzie per l'alloggio sociale al fine di creare sul territorio della Regione una rete di servizi utile alle famiglie che si trovano ad affrontare problemi di emergenza abitativa.

I tempi di attuazione degli obiettivi nel prossimo triennio terranno prioritariamente conto della continuità con i percorsi già attivati sul territorio e della valorizzazione dei sistemi di governance che hanno prefigurato e intendono realizzare processi di inclusione. In particolare:

- nel breve-medio termine (entro il primo e secondo anno di validità del Piano): dovranno essere realizzati quegli obiettivi che pongono al centro azioni riferibili ai temi della prevenzione, del pronto intervento ed alla prima assistenza;

- nel lungo termine (entro il terzo anno di validità del Piano): saranno prefigurate e/o attivate quelle azioni che richiedono percorsi di riorganizzazione dei principali istituti di contrasto della povertà e di apposite forme di finanziamento.

Strumenti:

Gli strumenti per l'attuazione degli obiettivi saranno:

a) l'effettuazione di indagini ricorrenti sulle condizioni di vita delle famiglie toscane e la rilevazione dei bisogni presenti sul territorio anche attraverso i dispositivi previsti dalla programmazione regionale (osservatori sociali);

b) l'adeguamento del sistema di informazione e comunicazione con l'utilizzazione di idonee modalità e linguaggi anche con esplicito riferimento agli obiettivi e agli strumenti di cui ai punti 2.3.4.1 - sarta di cittadinanza sociale - e 2.3.4.2 - Diritto all'informazione e principi di comunicazione sociale - del presente PISR;

c) l'adozione dei dispositivi previsti dal presente PISR per la semplificazione degli adempimenti e delle modalità di accesso ai servizi (PUA segretariato sociale ecc.);

d) l'individuazione di buone pratiche e di modelli per favorire l'integrazione e la collaborazione fra i servizi a bassa soglia e specialistici. In particolare si fa riferimento all'area dell'accoglienza, alle mense e agli alloggi per la protezione sociale;

e) l'implementazione e l'estensione di tutti gli strumenti della partecipazione, della concertazione e dei "tavoli per l'inclusione sociale" che sul territorio promuovono e sostengono l'attivazione del capitale sociale, relazionale e culturale;

f) la conoscenza e la messa in rete, attraverso innovative modalità o patti di collaborazione, con i settori che all'interno del governo della Regione hanno attivato strumenti e risorse nell'ambito dei temi dell'accesso al credito e dell'usura;

g) l'attivazione del tutoraggio sociale quale modalità di accompagnamento della persona nei percorsi di reinserimento;

h) la predisposizione e l'effettuazione di attività permanenti di formazione e aggiornamento degli operatori pubblici e privati con articolare attenzione alle iniziative di formazione congiunta.

Per sostenere concretamente l'assunzione delle responsabilità familiari lo sviluppo dei percorsi di vita e di crescita dei nuclei familiari e delle persone, si rende necessario il riordino di tutte le forme di sostegno economico già esistenti al fine di condurle "a sistema" e renderle efficaci. Compatibilmente con le risorse disponibili, le misure che dovranno costituire l'insieme degli interventi fanno riferimento a:

- microcredito
- prestito d'onore
- contributi economici.

Ognuna di queste misure è già stata attuata o sperimentata sul territorio della Regione.

6.4.1 Agenzie per l'alloggio sociale

Nell'ambito del tema della vulnerabilità e dell'esclusione sociale i dati, le ricerche e le statistiche, sia nazionali che regionali, pongono in evidenza la necessità di attivare azioni concrete sul tema dell'alloggio per le famiglie che richiedono interventi tesi ad attivare sostegni - anche di carattere temporaneo - azioni di accompagnamento e di mediazione inseriti in percorsi di autonomia e all'interno di progetti individualizzati.

Obiettivi e priorità:

a) coordinamento delle Agenzie per l'alloggio sociale al fine di condividere metodologie di intervento e prassi operative;

b) armonizzare l'azione delle Agenzie con le azioni di prevenzione e contrasto della vulnerabilità e dell'esclusione sociale, nonché con le politiche di sostegno alle famiglie;

c) promuovere e sostenere le funzioni delle Agenzie all'interno del territorio regionale;

d) prevenire e sostenere situazioni di vulnerabilità attraverso lo sviluppo di percorsi di accompagnamento delle famiglie, al fine di promuoverne l'autonomia sia sociale che abitativa;

e) individuare il ruolo delle Agenzie per l'alloggio sociale all'interno del sistema integrato dei servizi territoriali;

f) creazione di un punto unico di consulenza e di supporto all'azione delle Agenzie nel campo dell'assistenza legale, contrattuale, fiscale e della gestione e manutenzione degli alloggi;

g) promuovere accordi e/o convenzioni con istituti bancari per facilitare l'accesso agevolato al credito per l'acquisto o l'affitto dell'abitazione;

h) favorire la connessione e la collaborazione con le azioni di sostegno economico presenti sul territorio riguardanti in particolar modo le iniziative sul microcredito ed il prestito d'onore.

La realizzazione degli obiettivi farà riferimento al triennio di validità del Piano.

Strumenti:

a) coordinamento: elaborazione linee-guida per le azioni delle Agenzie sociali e individuazione di forme organizzative di cooperazione e integrazione sul territorio della Regione Toscana;

b) sostegno ai fondi di garanzia delle singole agenzie per rafforzarne la capacità di operare con interventi di microcredito e garanzia nei confronti della proprietà degli immobili;

c) realizzazione di un sistema omogeneo di formazione rivolto per il personale operativo delle agenzie.

6.5 Le politiche per una società plurale e coesa

Nel corso degli ultimi anni la Regione Toscana ha sempre considerato l'immigrazione come un fenomeno che interessa in maniera trasversale tutte le politiche di settore.

Attraverso l'emanazione di una legge regionale sull'immigrazione e l'attivazione di interventi mirati la Regione intende assicurare condizioni di uguaglianza sostanziale ai cittadini stranieri rispetto ai cittadini italiani e pari opportunità di accesso ai servizi, ai diritti sociali e civili, alle opportunità di inclusione sociale, di inserimento lavorativo, di integrazione culturale, di miglioramento della qualità della vita.

E quindi da individuare come obiettivo generale il migliore inserimento dei migranti nel territorio toscano in vista della realizzazione di una società plurale e coesa, nella quale consentire a ciascuno di mantenere salde le proprie origini e i valori connessi, ma al contempo di costruire armonia tra le

diverse identità intorno alle regole stabilite, che tutti sono chiamati ad osservare, a garanzia dei diritti e delle responsabilità individuali e collettive.

Obiettivi e priorità:

Una prima linea specifica di azione consiste nella elaborazione di una politica linguistica mirata alla diffusione della conoscenza della lingua italiana anche e soprattutto al di là del livello di prima alfabetizzazione e di competenza basilica.

In una prima fase verranno quindi consolidati gli interventi di alfabetizzazione anche con la sperimentazione di nuove metodologie di apprendimento a distanza attraverso l'utilizzo delle risorse tecnologiche.

Il processo di integrazione dei migranti con la comunità locale verrà favorito dalla acquisizione di una competenza adeguata della lingua italiana raggiunta attraverso processi di apprendimento che includeranno anche essenziali nozioni di una educazione civica tesa a promuovere la conoscenza delle istituzioni nazionali e delle norme costituzionali.

Agli interventi elementari di alfabetizzazione si accompagneranno in misura sempre più ampia azioni finalizzate a favorire l'apprendimento da parte del cittadino straniero di una conoscenza evoluta della lingua tale da favorirne l'inserimento in contesti complessi come quelli del mondo delle imprese e delle professioni.

Particolare attenzione sarà inoltre dedicata alle politiche di sostegno scolastico, siano esse di ausilio all'inserimento dei bambini e degli adolescenti stranieri, che di supporto ai genitori e agli stessi insegnanti.

In tal senso, l'azione della Regione sarà finalizzata alla valorizzazione dell'ambiente scuola come luogo di integrazione prevedendo, anche in collaborazione con enti o associazioni, attività che facilitino la conoscenza reciproca tra le diverse culture.

Verrà quindi promosso un graduale processo di omogeneizzazione e di crescita qualitativa delle azioni sviluppate nei diversi contesti territoriali tese a favorire il migliore inserimento dei minori stranieri nelle scuole.

Verrà quindi favorito lo sviluppo ottimale dei percorsi di alfabetizzazione e verrà promossa la massima espansione delle azioni tese a garantire il riconoscimento delle competenze acquisite dal minore straniero nel paese di origine e la valorizzazione delle culture di provenienza.

Le difficoltà legate alle differenze linguistiche e culturali, pur nella prospettiva di un loro superamento, verranno adeguatamente considerate nell'ambito di un nuovo orientamento dei servizi tesi a facilitare i rapporti tra la Pubblica Amministrazione e i suoi utenti e a favorire il pieno riconoscimento delle sfere dei diritti.

All'interno del processo di sviluppo tra le istituzioni del territorio delle reti degli Uffici per le Relazioni con il Pubblico e dei Difensori Civici verrà quindi promossa una loro forte qualificazione, in raccordo con la rete di punti informativi sviluppati nell'ambito del terzo settore, che consenta di garantire una accoglienza adeguata della popolazione straniera e un supporto in particolare nello svolgimento delle procedure amministrative attinenti all'ingresso e al soggiorno in Italia.

Attraverso percorsi formativi rivolti agli operatori dei punti informativi e attraverso lo sviluppo dei servizi telematici verrà garantita l'adeguata accessibilità alle informazioni sui procedimenti amministrativi che direttamente interessano il cittadino straniero. Verranno parallelamente gradualmente sviluppati servizi di interpretariato e versioni in lingua delle modulistiche così tali da consentire al cittadino straniero di accedere agevolmente alle procedure amministrative che interessano la generalità delle persone che risiedono nel territorio.

Verrà quindi favorita l'espansione piena di un nuovo diritto di cittadinanza inteso in senso sostanziale comprensivo delle facoltà offerte a tutte le persone residenti o domiciliate in un

territorio di interagire in maniera efficace e positiva tra di loro e con l'insieme delle istituzioni pubbliche e private.

Verrà infine promosso lo sviluppo di una rete di servizi di accoglienza in grado di rispondere alle legittime aspettative di aiuto dei cittadini stranieri che versino in particolari condizioni di difficoltà quali i richiedenti asilo e i rifugiati, le vittime della tratta.

I servizi di accoglienza in favore delle categorie di stranieri sopra indicate si svilupperanno nell'ambito di una forte integrazione con le politiche nazionali in materia.

In una prima fase si svilupperà soprattutto una attenta analisi dei servizi disponibili nella rete dei centri di accoglienza presente nel territorio. Verranno anche sviluppati processi formativi tali da contribuire ad una qualificazione dell'attività degli operatori. Parallelamente si svilupperà gradualmente l'azione tesa a favorire una espansione della rete dell'accoglienza e l'adeguamento rispetto alle richieste di intervento.

Si dovrà quindi promuovere una crescita secondo metodologie omogenee dei servizi di accoglienza con obiettivi di risposta alle esigenze primarie di vitto, alloggio e istruzione della persona nella prospettiva di un inserimento sociale stabile e quindi del raggiungimento di una totale autonomia con la conseguente fuoriuscita, nell'ambito di un percorso con tempi definiti, dal circuito assistenziale.

Strumenti:

L'emanazione di una legge regionale sull'immigrazione consentirà di promuovere un modello di governance teso a determinare un potenziamento dell'efficacia degli interventi finalizzati a favorire il migliore inserimento dei migranti nella comunità locale.

Il nuovo modello di governance favorirà uno sviluppo sinergico dell'azione dei diversi settori delle Amministrazioni e dei diversi livelli istituzionali della Regione e degli enti locali in maniera integrata con i soggetti del terzo settore. Il modello di governance si svilupperà innanzitutto attraverso una Conferenza Regionale sull'Immigrazione quale ambito di informazione, comunicazione, partecipazione e confronto anche con esperienze internazionali di governo e gestione delle politiche migratorie.

Per lo svolgimento dei suoi compiti la Conferenza Regionale si avvarrà dell'Osservatorio Sociale Regionale che svolge compiti di osservazione, monitoraggio, analisi e previsione dei fenomeni sociali del sistema integrato, e di diffusione delle conoscenze. Le attività di analisi e studio dei fenomeni migratori confluiranno in un Documento programmatico sull'immigrazione e nei relativi strumenti di attuazione elaborato nell'ambito del Programma Regionale di Sviluppo e in maniera coordinata e coerente con il Piano Integrato Sociale Regionale. Il Documento programmatico sull'immigrazione fornirà inoltre indicazioni per il migliore adeguamento ai principi e alle finalità della legge e degli altri usuali strumenti di programmazione di settore.

6.5.1. La rete per i richiedenti asilo e i rifugiati

Dal 21 aprile 2005 in attuazione delle recenti modifiche normative sono state istituite 7 Commissioni Territoriali competenti all'esame delle richieste di riconoscimento dello status di rifugiato coordinate dalla Commissione Nazionale per il Diritto d'Asilo. È stata inoltre istituita una apposita sezione stralcio per i casi ancora non esaminati alla data indicata dall'unica Commissione Centrale in precedenza esistente. Il decentramento delle Commissioni impegnate nell'esame delle richieste di asilo ha consentito di accelerare l'iter decisionale e di definire quindi in tempi più brevi rispetto al passato lo status del richiedente asilo.

L'esito positivo della domanda, a seguito di specifica audizione, consente all'interessato di ottenere il riconoscimento dello status di rifugiato e il conseguente rilascio di un permesso di soggiorno.

Un permesso di soggiorno può venire rilasciato per motivi umanitari nei casi in cui non vengono riconosciute le condizioni di persecuzione individuale in grado di giustificare la concessione dello status di rifugiato ma vengono tuttavia ritenute sussistenti dall'apposita commissione condizioni di crisi del paese di provenienza tali da non consentire il rientro al cittadino straniero.

In favore di richiedenti asilo e rifugiati esistono da tempo appositi programmi nazionali promossi dal Ministero dell'Interno in collaborazione con il Consiglio Italiano per i Rifugiati e con l'ANCI.

Obiettivi e priorità:

In ambito regionale occorre sviluppare gradualmente appositi programmi che in maniera integrata con i programmi nazionali consentano di rafforzare la rete delle opportunità in favore dei richiedenti asilo e rifugiati.

In particolare gli interventi in ambito regionale focalizzeranno l'attenzione sulle iniziative tese a garantire un inserimento sociale stabile nel territorio del cittadino straniero con un percorso di accompagnamento nell'impegno finalizzato alla acquisizione di un lavoro, di una adeguata soluzione abitativa e della necessaria conoscenza della lingua e cultura italiana.

Una attenzione particolare verrà dedicata all'adeguato supporto personalizzato nei confronti di rifugiati singoli e nuclei familiari che abbiano subito traumi particolari in relazione alle vicissitudini che hanno determinato la fuga dal paese di origine.

Strumenti:

Gli strumenti della governance indicati al punto 6.5 e finalizzati al migliore sviluppo delle politiche di inclusione degli immigrati e di valorizzazione della multiculturalità troveranno anche specifica applicazione nell'ambito degli interventi in favore dei richiedenti asilo e dei rifugiati.

6.6 Il progetto per le azioni rivolte alle persone Rom e Sinti

Pur con un forte legame alle proprie tradizioni la popolazione ROM presente nella Regione è ormai stanziale e radicata nel territorio.

È quindi da favorire, così come si è verificato negli ultimi anni, la tendenza al superamento dei campi nomadi presenti nell'ambito regionale, che ostacolano il processo di reale e completa integrazione sociale dei nuclei familiari ROM, caratterizzati anche da una forte presenza di minori.

La permanenza stanziale nei campi nomadi determina infatti una situazione di strutturale separazione delle comunità di Rom e Sinti rispetto alle comunità locali e il mantenimento di un legame ad abitudini di vita tendenti alla marginalità e al degrado.

È essenziale pertanto offrire agli ospiti dei campi nomadi delle concrete opportunità di inserimento in contesti abitativi ordinari così da favorirne un completo e adeguato inserimento sociale tale da non pregiudicare la possibilità della conservazione della specificità delle tradizioni culturali.

Obiettivi e priorità:

Verrà proseguita l'azione avviata negli ultimi anni finalizzata a favorire il superamento dei campi nomadi presenti nei Comuni di Firenze e Pisa con l'individuazione di soluzioni abitative ordinarie per i nuclei familiari presenti in tali insediamenti. Attraverso tale individuazione potranno infatti gradualmente ridursi le presenze nei campi nomadi, che dal 2003 ad oggi si è ridotta di quasi 440 unità, e si potrà raggiungere il risultato della chiusura dei campi stessi.

Strumenti:

L'individuazione delle soluzioni abitative in favore dei ROM presenti nei campi nomadi potrà avvenire attraverso forme di collaborazione con altri Comuni della Toscana anche con il concorso delle organizzazioni di volontariato. Potranno inoltre essere individuate idonee soluzioni abitative mediante interventi di recupero di patrimonio immobiliare destinabile a civile abitazione e mediante l'utilizzo degli alloggi di Edilizia Residenziale Pubblica nel quadro dei generali interventi in favore delle fasce deboli della popolazione tesi a fronteggiare l'emergenza abitativa.

6.7 Gli interventi per le persone soggette a misure dell'autorità giudiziaria

La Toscana è la Regione italiana a più alta concentrazione di Istituti Penitenziari e ne accoglie tutte le tipologie di istituti. Le case circondariali (che accolgono detenuti in attesa di giudizio) sono 11, di cui due a custodia attenuata e cinque case di reclusione (per detenuti che hanno già avuto una condanna definitiva). Sono inoltre presenti un OPG (Ospedale Psichiatrico Giudiziario) e due case mandamentali (per detenuti a fine pena).

L'attuale quadro istituzionale assegna nuove competenze e responsabilità al sistema degli Enti Locali.

La funzione rieducativa della pena e la condizione in cui vivono i detenuti nelle carceri in stato di sovraffollamento evidenziano la necessità di orientare l'azione penale all'esterno dei carceri con l'utilizzo delle misure alternative alla detenzione previste dall'Ordinamento Penitenziario (lavori di pubblica utilità, affidamento ai servizi sociali, arresti domiciliari).

Una forte attenzione occorre inoltre dedicare ai percorsi di reinserimento sociale successivi alla scarcerazione.

È pertanto di fondamentale importanza che la Regione, muovendosi di concerto col Ministero della Giustizia e con i suoi uffici periferici e con gli Enti Locali, promuova un ampliamento, un coordinamento e una razionalizzazione degli interventi, sia all'interno che all'esterno degli Istituti Penitenziari.

Obiettivi e priorità:

Verranno promosse iniziative di formazione per gli operatori e verranno sviluppate iniziative tese a richiamare l'attenzione della comunità sui problemi della detenzione al fine di sostenere i diritti di ciascun detenuto ad un programma di riabilitazione comprensivo di opportunità di partecipazione ad attività educative, formative, sportive, sociali e lavorative all'interno e all'esterno del carcere.

Anche sulla base delle esperienze condotte come quella della collaborazione alla attività della stamperia braille verrà gradualmente sviluppata la partecipazione dei detenuti ad attività lavorative socialmente utili.

Verranno inoltre gradualmente estese le esperienze di formazione e istruzione anche di livello universitario e verrà favorita l'espansione delle attività di formazione a distanza attivate con l'utilizzo della piattaforma TRIO.

Da evidenziare anche l'esigenza di assicurare forme specifiche di assistenza ai detenuti stranieri per rispondere alle esigenze di comunicazione e alle loro necessità vitali e di promuovere e supportare interventi tesi ad alleggerire la situazione particolarmente pesante delle donne detenute.

Verranno inoltre presi impegni per un significativo aumento delle realtà di detenzione attenuata e per un monitoraggio dell'applicazione del provvedimento che prevede gli arresti domiciliari per donne detenute con pene brevi e con figli in tenera età.

Occorre infine promuovere e sostenere ricerche sulle recidive per una verifica dell'efficacia degli interventi realizzati.

Strumenti:

In vista della realizzazione degli obiettivi sopra indicati verrà stipulato un protocollo d'intesa con il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria e con il Centro per la Giustizia Minorile del Ministero di Grazia e Giustizia e verrà promosso il raggiungimento di analoghe intese con gli enti locali.

Verranno inoltre rafforzati i rapporti di collaborazione con le Università della Toscana e verrà curato il raccordo con altri settori dell'Amministrazione Regionale come quelli del lavoro, dell'istruzione e della sanità per favorire uno sviluppo organico e coerente delle iniziative all'interno dei carceri.

6.8 Il sostegno ai percorsi di uscita dalle situazioni di violenza e abuso e dalla prostituzione e tratta

6.8.1 Prevenzione e sostegno alle vittime di violenza e abuso

Sul tema della violenza è incentrato il Primo rapporto su "Violenza e salute" presentato dall'organizzazione Mondiale della Sanità nel 2002 che ha segnato l'avvio della campagna globale per la prevenzione dei fenomeni connessi. In esso si traccia una diretta connessione tra la violenza e i problemi di salute pubblica evidenziando in tal senso la necessità di un approccio al fenomeno che pone in interazione gli aspetti della prevenzione, informazione, cura, riduzione del danno e del reinserimento.

Ogni intervento in questa direzione deve basarsi sulla considerazione della necessità di un approccio preventivo ai fenomeni di violenza quale metodo di lavoro in grado di contribuire a contrastare e a ridurre il fenomeno stesso.

La Regione opera in questo ambito favorendo la realizzazione di interventi diretti che possano offrire risposte adeguate ed appropriate alle varie forme di violenza, così come indicato in particolare all'*art. 59 della L.R. n. 41/2005*.

Obiettivi e priorità:

- prevenire i fenomeni connessi alla violenza e abuso, indipendentemente dal genere, orientamento sessuale e identità di genere delle vittime;
- adottare strategie di intervento che favoriscano il passaggio da una logica di progetti ad una logica di servizi per garantire la reale tutela dei diritti delle persone che hanno subito forme di violenza;
- promuovere azioni di assistenza e tutela rivolte alle persone vittime di violenza, abuso e maltrattamento che favoriscano il processo di recupero psico-fisico e il progressivo reinserimento sociale;
- favorire lo sviluppo sul territorio regionale di una rete articolata di cura, assistenza e accoglienza caratterizzata dalla collaborazione tra le istituzioni, il terzo settore e il volontariato;
- promuovere interventi di formazione, anche integrata, per gli operatori dei servizi sociali e socio-sanitari, nonché per le figure che intervengono nel percorso di contrasto delle varie forme di violenza.

Strumenti:

- programmazione di iniziative di sensibilizzazione e informazione - rivolte agli operatori sia pubblici che del privato sociale ed alla cittadinanza - per favorire l'emersione e la conoscenza del fenomeno della violenza, nonché per diffondere le indicazioni sugli interventi e i servizi presenti sul

territorio; tali iniziative dovranno interessare anche gli ambiti della scuola, dello sport, dell'ordine pubblico e giudiziario;

- promuovere attività di formazione, anche congiunta, degli operatori impegnati nella prevenzione, tutela, contrasto e cura del fenomeno della violenza, al fine di fornire strumenti formativi specifici e adeguati per la rilevazione, accertamento, protezione e cura della problematica della violenza;

- favorire azioni e interventi tesi a far emergere il fenomeno della violenza e dei maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia;

- coinvolgimento e integrazione di tutti gli attori che sul territorio intervengono nei confronti dei soggetti vittime di violenza e abuso, anche attraverso la stipula di protocolli di intesa o l'attivazione di tavoli di lavoro;

- realizzazione di progetti individuali di intervento per la tutela e la cura di donne e minori che hanno subito violenza;

- attivazione di servizi di mediazione linguistico-culturale che possano facilitare l'accesso e la fruizione dei servizi;

- sostegno all'attività svolta dai Centri antiviolenza e dalle case rifugio quali servizi in grado di fornire risposte mirate alle donne vittime di violenza e abuso;

- promozione di processi di qualità per le strutture deputate all'accoglienza di donne e minori;

- attivazione a livello di ambito territoriale, zonale e di aria vasta, di un "gruppo di pronto intervento" costituito da operatori sociali e dei servizi specialistici con il compito di agire nella fase immediatamente successiva al primo contatto delle vittime con i servizi (pubblici, di bassa soglia, di sicurezza) al fine di favorire l'accesso al percorso di elaborazione e superamento del danno subito, di assistenza e di reinserimento;

- sostenere lo sviluppo, l'implementazione e la qualificazione del sistema complessivo dei presidi deputati all'accoglienza, alla cura e alla protezione delle vittime di violenza e abuso;

- prevedere iniziative di comunicazione volte a sensibilizzare il turismo giovanile sulla cultura dei diversi stili di vita e di comportamento al fine di prevenire situazioni di rischio derivanti anche da diverse concezioni del rapporto uomo-donna;

- attivazione di iniziative di comunicazione e di sensibilizzazione relative alla prevenzione e al contrasto delle mutilazioni genitali femminili;

- realizzare interventi sperimentali a carattere regionale a favore di giovani con problemi di identità di genere, vittime di violenza familiare, attraverso specifico percorso da attuare con operatori appositamente aggiornati;

- attivare un sistema organico di raccolta di dati e di informazioni sui fenomeni di violenza, abuso e tratta di esseri umani al fine di realizzare il relativo monitoraggio e per sostenere e dare impulso a strategie di intervento basate sulla corretta rilevazione dei bisogni.

6.8.2 Il sostegno ai percorsi di uscita dalla prostituzione e dalla tratta

Dall'ampia e documentata Relazione dell'Osservatorio nazionale sulla prostituzione, presentata a Roma il 2 ottobre 2007, emerge per valutazione ampiamente condivisa che "la realtà attuale della prostituzione è poliedrica e ciò deve essere messo al centro dell'attenzione quando si ipotizzano interventi normativi, amministrativi o sociali".

In particolare due sono le questioni emergenti su cui si è soffermato l'Osservatorio: la condizione di molte donne, e anche di minorenni, fenomeno in crescita, e la prostituzione sulle strade, concentrata soprattutto in aree urbane.

Serve, pertanto, avere un approccio che - tenuto fermo l'impegno di repressione della tratta e dello sfruttamento - individui un complesso di misure sociali di riduzione del danno e, soprattutto, prevenga o impedisca l'ingresso in clandestinità del fenomeno considerando la maggior difficoltà, in tal caso, a colpire le forme di sfruttamento e ad aiutare le vittime.

Infatti per affrontare il complesso fenomeno della prostituzione serve un insieme di azioni integrate e mirate da gestire in un'ottica di sicurezza sociale da promuovere sul territorio con la sinergia dei soggetti pubblici e privati.

È necessario realizzare la protezione delle/dei minorenni: va affermato con forza che non si smette di essere minore perché straniero/a. La Regione si propone di esercitare il massimo impegno di collaborazione con le forze dell'ordine, la magistratura, gli Enti Locali, le strutture pubbliche e del privato sociale, per prevenire, reprimere e contrastare i reati di riduzione in schiavitù per fini di lavoro e/o di sfruttamento sessuale, di tratta e prostituzione delle/dei minori di 14 anni.

Obiettivi e priorità:

- prevenire e contrastare la tratta di esseri umani, vera e propria riduzione in schiavitù;
- prevenire e contrastare i reati connessi alla prostituzione e alla tratta, indipendentemente dal genere, orientamento sessuale e identità di genere delle vittime;
- adottare strategie di intervento che favoriscano il passaggio da una logica di progetti ad una logica di servizi per garantire la reale tutela dei diritti delle persone vittime di tratta e di prostituzione;
- promuovere la protezione, integrazione e reinserimento sociale delle vittime di tratta e prostituzione, attuando e favorendo il ricorso ogniqualvolta sia possibile all'*articolo 18 della legge 30 luglio 2002, n. 189* (Modifica alla normativa in materia di immigrazione e asilo), ricercando anche soluzioni idonee alla riduzione dei tempi per la concessione del permesso di soggiorno;
- promuovere la massima collaborazione a livello territoriale tra Regione, Enti Locali, Magistratura (Procure della Repubblica, Direzioni Distrettuali Antimafia), Forze dell'Ordine, strutture pubbliche e del privato sociale;
- promuovere azioni di assistenza e tutela rivolte alle persone vittime di tratta e prostituzione che favoriscano il processo di recupero psico-fisico e il progressivo reinserimento sociale;
- favorire lo sviluppo sul territorio regionale di una rete articolata di cura, assistenza e accoglienza caratterizzata dalla collaborazione tra le istituzioni, il terzo settore e il volontariato;
- promuovere interventi di formazione, anche integrata, per gli operatori dei servizi sociali e socio-sanitari, nonché per le figure che intervengono nel percorso di contrasto delle varie forme di prostituzione, tratta e sfruttamento sessuale.

Strumenti:

- programmazione di iniziative di sensibilizzazione e informazione - rivolte agli operatori sia pubblici che del privato sociale ed alla cittadinanza - per favorire l'emersione e la conoscenza del fenomeno della tratta e della prostituzione, nonché per diffondere e indicazioni sugli interventi e i servizi presenti sul territorio; tali iniziative dovranno interessare anche gli ambiti della scuola, dello sport, dell'ordine pubblico e giudiziario;
- promuovere attività di formazione, anche congiunta, degli operatori impegnati nella prevenzione, tutela, contrasto e cura del fenomeno della tratta e prostituzione, al fine di fornire strumenti formativi specifici e adeguati per la rilevazione, accertamento, protezione e cura della problematica della tratta e della prostituzione;

- realizzare una campagna informativa diffusa sul fenomeno della prostituzione minorile nel nostro paese e nel contempo nei paesi meta di turismo sessuale, stigmatizzando i reati in cui incorrono gli adulti che vi fanno ricorso, con una forte sottolineatura dell'inescusabilità dell'error aetatis della vittima minore dei 14 anni nei reati di schiavitù, tratta, prostituzione minorile, sfruttamento sessuale;

- implementare sul territorio il lavoro in rete tra Regione, Enti Locali, Magistratura (Procure della Repubblica, Direzioni Distrettuale Antimafia), Forze dell'Ordine, enti pubblici e del privato sociale;

- coinvolgimento e integrazione di tutti gli attori che sul territorio intervengono nei confronti dei soggetti vittime di tratta e prostituzione, anche attraverso la stipula di protocolli di intesa o l'attivazione di tavoli di lavoro;

- realizzazione di progetti individuali di intervento per la tutela e la cura di persone vittime di tratta e prostituzione;

- attivazione di servizi di mediazione linguistico-culturale che possano facilitare l'accesso e la fruizione dei servizi;

- attivare e sostenere case rifugio e servizi sul territorio che attuino programmi ed interventi in grado di fornire risposte mirate al reinserimento di cittadinanza, sociale e lavorativo di qualità per le vittime di tratta e prostituzione;

- attivazione a livello di ambito territoriale di strutture ed interventi per il primo contatto delle vittime della tratta e della prostituzione con i servizi (pubblici, di bassa soglia, di sicurezza) al fine di favorire il percorso di assistenza e di reinserimento sociale;

- sostenere lo sviluppo, l'implementazione e la qualificazione del sistema complessivo dei presidi deputati all'accoglienza, alla cura e alla protezione delle vittime di tratta;

- prevedere iniziative di comunicazione volte a sensibilizzare il turismo giovanile sulla cultura dei diversi stili di vita e di comportamento al fine di prevenire situazioni di rischio derivanti anche da diverse concezioni del rapporto uomo-donna;

- realizzare interventi sperimentali a carattere regionale a favore di giovani con problemi di identità di genere, vittime di violenza familiare, attraverso specifico percorso da attuare con operatori appositamente aggiornati;

- attivare un sistema organico di raccolta di dati e di informazioni sui fenomeni di tratta di esseri umani e prostituzione, al fine di realizzare il relativo monitoraggio e per sostenere e dare impulso a strategie di intervento basate sulla corretta rilevazione dei bisogni.

6.9 La promozione delle pari opportunità e l'armonizzazione dei tempi e degli spazi delle città

Nell'ambito delle politiche sociali integrate in Toscana, il tema delle pari opportunità è affrontato in un'ottica di promozione della qualità della vita e dei diritti di cittadinanza sociale.

La *legge regionale n. 41 del 2005* promuove l'autonomia individuale, le pari opportunità, la valorizzazione della differenza di genere, la non discriminazione, la coesione sociale e il contrasto delle condizioni di disagio e di esclusione (articoli 1-3).

In seguito alle riflessioni teoriche degli scorsi anni e alle evoluzioni normative a livello nazionale e regionale (*L. n. 53/2000, L.R. n. 41/2005*), le politiche del tempo hanno trovato una loro più attenta attuazione grazie al processo di decentramento e alle numerose esperienze maturate a livello locale, consentendo il riconoscimento e l'affermazione di nuove prassi, quali la conciliazione dei tempi di lavoro e di cura finalizzata a superare le asimmetrie nei carichi familiari fra i due sessi, ed il miglioramento della qualità urbana e della funzionalità dei servizi collettivi alla persona.

Gli obiettivi individuati dal Piano sono, per la maggior parte, tesi a prevenire e rimuovere i fattori di esclusione sociale e di limitazione dell'esercizio dei diritti di cittadinanza da parte delle persone e delle categorie sociali interessate da nuove e vecchie forme di svantaggio. In particolare, per quanto riguarda le donne, sulle quali maggiormente grava il lavoro di cura che nel caso della non autosufficienza può assumere aspetti particolarmente pesanti, l'aumento e la diversificazione degli interventi a favore dei soggetti non autosufficienti - uno degli obiettivi di maggior rilievo nel presente Piano - rappresenta un fattore prioritario per il riequilibrio della qualità della vita e delle opportunità delle donne.

Più in generale, fanno parte degli obiettivi del Piano la promozione ed il sostegno delle politiche di armonizzazione dei tempi e degli spazi verso una maggiore conciliazione fra impegno lavorativo, tempo libero e carichi familiari. L'individuazione di esperienze del territorio che già perseguono questo obiettivo viene effettuata al fine di selezionare, sostenere e diffondere, buone pratiche impostate sulla conciliazione dei vari ambiti della vita sociale, tenendo conto delle pari opportunità, con particolare attenzione al contrasto dello svantaggio femminile.

In tal senso, la Regione promuove la messa in rete della promozione e della diffusione delle esperienze, anche attraverso lo sviluppo del sito web regionale www.tempiespazi.toscana.it.

Obiettivi e priorità:

In quest'ambito, in una logica di continuità con percorsi già in essere ma anche di attivazione di nuove sinergie che valorizzino la ricchezza delle esperienze maturate nel territorio toscano, la Regione individua quali azioni prioritarie per il prossimo triennio:

- il potenziamento dei servizi che contribuiscono a ridurre carichi familiari particolarmente pesanti per le donne;

- lo sviluppo della conoscenza di buone pratiche che sostengano la flessibilità dei tempi di lavoro, con particolare riguardo alle donne;

- la collaborazione alla individuazione e attuazione degli interventi regionali in materia di conciliazione degli spazi urbani e dei tempi di vita e di lavoro;

- valorizzazione delle esperienze di eccellenza presenti sul territorio e la loro messa in rete anche attraverso lo sviluppo del sito web regionale www.tempiespazi.toscana.it

7. Gli interventi sociali e sanitari integrati

Il complesso normativo toscano, ridefinito attraverso la *legge regionale n. 40/2005* e la *legge regionale n. 41 del 2005* ed il Piano sanitario 2005-2007 (*Delib.C.R. 16 febbraio 2005, n. 22*) rende inscindibile l'intreccio delle politiche sanitarie con quelle sociali nella più ampia accezione del termine. La promozione della salute intesa come insieme di interventi sui fattori ambientali, economici e sociali che concorrono a determinare lo stato di benessere degli individui e della collettività, richiede il coordinamento delle politiche settoriali a livello regionale e locale ed il coinvolgimento degli enti e delle forze sociali.

La sezione del PISR sugli interventi sociali e sanitari recepisce i principi ed i contenuti del Piano sanitario e ne completa la portata attraverso la definizione dei processi di integrazione dei fattori più specifici sul piano delle competenze sociali necessari a perseguire obiettivi di salute; promuove l'adozione diffusa del Piano Integrato di salute, quale strumento unico della programmazione integrata di zona, del percorso assistenziale personalizzato (ai sensi dell'*articolo 7, comma 3*,

della L.R. n. 41/2005), quale metodo per la definizione dei bisogni e degli interventi appropriati per il cittadino, e dei progetti personalizzati.

Il Piano sanitario regionale ha rappresentato il primo momento di definizione delle strategie per la salute, con un'azione articolata orientata ad affrontare aree di problemi riconducibili a determinanti sanitari, socio-sanitari e sociali, e a promuovere un lavoro intersettoriale attraverso la definizione del sistema delle responsabilità e l'individuazione di condizioni volte a sperimentare nuove forme di integrazione istituzionale e operativa.

In parallelo, i contenuti della sezione del PISR sugli interventi sociali e sanitari consentono di completare la definizione del sistema di welfare regionale, in modo che esso si caratterizzi per la sua natura solidaristica e universalistica, nonché per la sua capacità di dare risposte unitarie ai bisogni emergenti dal territorio. Attraverso l'unificazione della programmazione socio-sanitaria regionale si intende dare un unico riferimento alla programmazione locale, che, a sua volta, è chiamata a diventare momento programmatico unitario.

Il sistema integrato di interventi e servizi socio-sanitari trova nelle Società della Salute la modalità più adeguata a realizzare percorsi integrati di programmazione e governo.

7.1. Il piano integrato di salute (9)

La programmazione delle politiche socio-sanitarie integrate deve coniugare il governo dell'offerta assistenziale con la promozione dello stato di salute.

Il Piano integrato di salute, quale strumento strategico e unificato di programmazione integrata, deve essere orientato verso "obiettivi di salute" da promuovere, e politiche in grado di intervenire negli stili di vita, nella prevenzione della disabilità e della non autosufficienza, nelle risposte assistenziali di diversa intensità e nella prevenzione della malattia mentale.

Il piano sanitario e sociale integrato regionale di cui all'*articolo 8 della legge regionale n. 40/2005* diventa decisivo per identificare le strette connessioni e le reciproche dipendenze tra i servizi sanitari ed i servizi sociali e socio assistenziali, per assicurare compatibilità ed integrazione normativa e programmatica tra le disposizioni del piano sanitario regionale e quello sociale, ponendosi alcuni obiettivi fondamentali:

- la centralità del governo integrato territoriale dei percorsi socio-sanitari
- la completezza della rete degli interventi e dei servizi presenti nel territorio
- la più ampia partecipazione dei soggetti operanti a qualsiasi titolo nel settore.

7.2. I determinanti di salute. Le politiche sociali integrate

L'integrazione dei servizi sociali e sanitari, e quindi la loro efficacia, si realizza estendendo e sviluppando l'integrazione delle politiche dei diversi settori che concorrono a determinare lo stato di salute della popolazione (determinanti di salute).

I Piani integrati di salute, nella loro valenza programmatica, ed in quella di indirizzo gestionale, permetteranno, attraverso le azioni progettuali ed i percorsi assistenziali in esse contenuti, di dare maggiore efficacia alle risposte integrate con gli interventi sociali allargati (alla casa, alla mobilità, al tempo libero, al lavoro, ecc.).

In questo quadro sarà possibile impegnare il territorio e tutto il sistema dei servizi sociali e sanitari a privilegiare ed estendere la domiciliarità delle risposte assistenziali.

7.3. Obiettivi di salute generali

Il sistema dei servizi sociali e sanitari integrati si pone obiettivi di salute per la generalità della popolazione.

Esso si propone l'aumento dell'equità e l'ulteriore miglioramento degli indicatori di salute. L'individuazione di specifici obiettivi di salute, a ciascuno dei quali sono dedicate scelte strategiche ed azioni, permette il riconoscimento di un diritto universalistico e di cittadinanza che ne costituisce l'asse portante.

La finalizzazione della programmazione socio-sanitaria regionale ad obiettivi di salute è resa possibile da un concorso di intenti e di responsabilità da parte dei diversi attori del sistema integrato allargato.

7.3.1. I singoli obiettivi di salute

Per i singoli obiettivi che si intende perseguire, si individuano quali principali caratteristiche:

a) appropriatezza

Il sistema dei servizi sociali e sanitari integrati intende promuovere nella popolazione e negli operatori la cultura dell'appropriatezza e dell'adeguatezza di quanto progettato ed erogato, al fine di dare accesso, tempestivamente, a prestazioni di buona qualità secondo il bisogno e di conseguire la sostenibilità economica del sistema.

Il perseguimento dell'appropriatezza in tutti i livelli di assistenza rappresenta una scelta strategica della programmazione socio-sanitaria regionale e si realizza coinvolgendo gli operatori, migliorando la competenza della popolazione a porre domande appropriate ed adeguando il sistema informativo integrato ai nuovi strumenti e alle procedure di valutazione della qualità dei servizi e della loro efficacia;

b) programmazione integrata

Il sistema dei servizi socio-sanitari integrati si avvale, sia a livello regionale, che di Zona-Distretto, di una programmazione basata sulla conoscenza dei bisogni e dei problemi di salute del territorio, delle opportunità e delle risorse disponibili, tanto da costruire il profilo di salute in base al quale si definiscono i progetti e le azioni operative contenute nel PIS.

c) efficienza ed efficacia

Anche il sistema dei servizi socio-sanitari integrati dovrà sottoporsi alle procedure gestionali tipiche delle realtà produttive (contabilità analitica, controllo di gestione, budgeting) ed alla introduzione nei programmi di sviluppo territoriali della valutazione dei risultati e della produttività. Perseguire l'obiettivo della massima efficienza e della migliore efficacia dei servizi socio-sanitari significa anche operare una radicale ottimizzazione delle attività gestionali, attraverso l'economia di scala e la semplificazione delle procedure.

7.3.2. L'uguaglianza dei diritti di accesso

Per la realizzazione di questo obiettivo, occorre attivare procedure e predisporre strumentazioni idonee per coinvolgere pienamente il cittadino nella personalizzazione dei progetti assistenziali. Sarà indispensabile formalizzare il coinvolgimento condiviso dell'assistito e/o del suo familiare sul Piano assistenziale Personalizzato (PAP) ed il suo costante monitoraggio.

È necessaria la formazione specifica degli operatori, unitamente all'aggiornamento permanente di tutto il personale socio-sanitario, per riuscire a soddisfare adeguatamente le domande di salute.

La Regione è impegnata a supportare con interventi socio-sanitari integrati anche il diritto alla salute dei detenuti e degli internati presenti negli istituti penitenziari ubicati nel territorio regionale.

Sul piano operativo la Giunta regionale, le Società della salute, le aziende sanitarie e gli Enti Locali, intraprendono, in modo coordinato tra di loro, azioni per:

1. promuovere campagne di prevenzione specificamente orientate alle fasce di utenza maggiormente esposte ai fattori di rischio per la salute;

2. sostenere azioni rivolte alle fasce deboli della popolazione per agevolare il loro accesso alla rete dei servizi;

3. realizzare un sistema di servizio di assistenza domiciliare integrata, che consenta al cittadino la permanenza nel proprio contesto affettivo e sociale facilitando la sua partecipazione alle scelte del programma personale di assistenza e utilizzando tutti gli interventi, compresi quelli della rete informale dei servizi;

4. rafforzare ed estendere nuovi servizi di informazione, consulenza e sostegno alle donne, alle famiglie agli adolescenti per garantirne il diritto all'autodeterminazione responsabile delle proprie scelte di vita ed identità e per supportarli in presenza di qualsiasi situazione di emarginazione.

L'effettiva riduzione delle disuguaglianze di accesso ai servizi sarà oggetto di valutazione nel corso del triennio sulla base di una verifica continua da parte dell'Osservatorio regionale delle politiche sociali integrato in collaborazione con le Società della Salute.

7.4. La partecipazione: servizi territoriali integrati per le comunità locali

La riorganizzazione e la valorizzazione dei servizi socio-sanitari territoriali, costituisce una scelta strategica del prossimo triennio, per realizzare compiutamente un servizio di assistenza primaria efficace, economicamente sostenibile e gradito alla popolazione.

Occorre che le comunità locali “si riappropriino” dei loro servizi sociali e sanitari, riducendo così le componenti burocratiche, sviluppando invece quelle partecipative, sia dirette sia mediate dalle istituzioni locali. I comuni, anche attraverso le S.d.S. affermano le loro funzioni di governo della salute e promuovono strumenti e opportunità di partecipazione diffusa ai vari livelli istituzionali e territoriali.

La Regione, anche in riferimento alle indicazioni scaturite dalla sperimentazione delle S.d.S. valuterà eventuali modifiche normative per un nuovo assetto organizzativo ed istituzionale del servizio socio-sanitario regionale. Opportuni processi di formazione e di comunicazione, finalizzati ad orientare il cambiamento verso la partecipazione, accompagneranno questo percorso di riforma.

7.5. Il sistema informativo

La dinamica di integrazione dei servizi sociali e sanitari rende indispensabile a livello regionale e territoriale la costituzione di un sistema informativo integrato e coerente con le finalità dei processi in atto.

Dovrà quindi essere attivato un unico flusso di tutti i dati riguardanti i percorsi assistenziali integrati avviati sul territorio.

Il supporto informativo potrà essere sviluppato gradualmente e per fasi che tengano conto:

- dei flussi e delle rilevazioni on-line già operanti e strutturate nei singoli settori di intervento
- dei flussi avviati per monitorare i percorsi di sperimentazione in atto
- del sistema informativo “Genesi” e di quello relativo alla “scheda sociale” di iniziativa ministeriale.

7.6. Il sistema di accesso ai servizi socio sanitari con particolare riferimento ai servizi relativi alla non autosufficienza (10)

Il criterio di accesso al sistema integrato di interventi e servizi sociosanitari è il bisogno, riconosciuto in termini di appropriatezza nell'accesso alle prestazioni.

Le persone e le famiglie con situazioni di bisogno più acuto o in condizioni di maggiore fragilità devono essere messe in grado di poter accedere ai servizi rivolti a tutti, oltre che eventualmente a misure e servizi specificamente dedicati.

Coloro che hanno più bisogno, e perciò più titolo ad accedere al sistema integrato, devono essere agevolati nell'accesso ai servizi universalistici e agli interventi loro dedicati. In tal senso occorre sviluppare azioni informative capillari, miranti a facilitare ed incoraggiare l'accesso ai servizi ed alle misure disponibili. Tali azioni dovranno riguardare la messa a punto di strumenti di informazione adeguati, di modalità di lavoro attive e rispettose della dignità e delle competenze dei soggetti, di misure di accompagnamento che compensino le situazioni di fragilità e valorizzino le capacità delle persone e delle reti sociali e familiari. Nella prospettiva di un modello universalistico di assistenza socio-sanitaria alla persona, dove l'accesso al servizio è subordinato all'accertamento dello stato del bisogno, l'individuazione di tali condizioni e la loro traduzione in adeguate offerte assistenziali, costituiscono il primo passo per arrivare alla piena specificazione dei diritti dei beneficiari.

Il sistema territoriale dei servizi sociosanitari per la non autosufficienza in Toscana delinea una articolazione organizzativa strutturata su due piani tra loro fortemente coordinati e che prevede, un livello di indirizzo e di governo costituito dalle Società della Salute ed un livello di coordinamento ed operativo articolato in: Il Punto Unico di Accesso, la rete dei Punti Insieme e le Unità di Valutazione Multidimensionali.

Le Società della Salute rappresentano il livello di governo dove si definiscono gli indirizzi di carattere generale, le priorità di intervento e le modalità di utilizzo del Fondo a livello territoriale.

La *L.R. n. 66/2008*, in coerenza con l'*art. 64 della L.R. n. 40/2005*, individua nel Responsabile di zona, ovvero nel direttore della SdS ove costituita, la responsabilità del livello di coordinamento operativo del sistema di accesso dei servizi territoriali, chiamato Punto Unico di Accesso (PUA), che deve assicurare al cittadino, in tempi certi e definiti, l'accesso, la valutazione e l'erogazione di prestazioni sulla base di un progetto di assistenza personalizzato.

Pertanto il responsabile di Zona distretto (ovvero il Direttore della SdS), mediante il PUA, assicura la presa in carico del cittadino attraverso la gestione e il coordinamento della rete territoriale dei servizi per la non autosufficienza.

Il PUA è costituito da uno staff dove sono presenti le figure professionali ritenute necessarie alle connesse funzioni di regia e di coordinamento. Esso rappresenta il luogo dove, dal punto di vista operativo, professionale e gestionale, si realizza compiutamente l'integrazione sociosanitaria. I Punti Insieme sono presidi per l'accesso al sistema integrato territoriale e sono organizzati a livello di singola zona distretto. Essi garantiscono l'accoglienza e l'orientamento del cittadino, nonché la registrazione e trasmissione di tutte le informazioni utili all'unità di valutazione multidimensionale per l'attivazione, da parte di quest'ultima, dell'analisi del bisogno.

Presso ogni zona distretto viene costituita una Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM), con atto del responsabile di zona o del direttore società della salute, che assegna il coordinamento della stessa ad uno dei suoi membri. Essa è costituita da un medico di distretto, un assistente sociale, un infermiere professionale ed è integrata, oltre che dal medico di medicina generale del paziente, anche, a seconda dei casi, da professionalità specialistiche, sociali, sanitarie e da operatori ritenuti necessari alla valutazione. L'UVM assicura la valutazione del livello di bisogno della persona non autosufficiente, la definizione di un progetto assistenziale personalizzato condiviso con la famiglia e

gestito da un responsabile appositamente nominato e la verifica periodica della sussistenza dell'appropriatezza delle prestazioni previste dal progetto.

L'organizzazione degli interventi assistenziali dovrà essere orientata sulla base dei seguenti principi:

- la lettura tempestiva del bisogno al momento della presentazione della domanda di intervento, in modo da orientare la presa in carico e da assicurare le prime risposte;

- la valutazione delle condizioni di bisogno che orienta, in una logica di soddisfacimento dei diritti dei beneficiari, verso la risposta assistenziale più appropriata;

- la definizione di un progetto assistenziale personalizzato, con riferimento al criterio della unitarietà della gestione, cui concorrono apporti professionali sanitari e sociali in una condivisione di obiettivi, responsabilità e risorse;

- l'individuazione della figura dell'operatore di riferimento che ne è il responsabile organizzativo;

- certezza della presenza delle figure professionali coinvolte nel programma assistenziale;

- individuazione delle fasi di diversa intensità di assistenza nell'ambito del percorso assistenziale: fase intensiva, caratterizzata da un impegno di tipo diagnostico e terapeutico di elevata complessità e di durata breve e definita; fase estensiva, caratterizzata da una minore intensità terapeutica e da un programma assistenziale di medio o prolungato periodo; fase di lungo assistenza, finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale ed a rallentare il suo deterioramento.

7.6.1. Le aree di intervento

Il sistema dei servizi sociali e sanitari integrati si pone obiettivi di salute per la generalità della popolazione; non di meno persegue obiettivi specifici relativi a problematiche di alta complessità, per altro già individuate dal D.C.P.M. 14 febbraio 2001 sulla integrazione socio-sanitaria, e che la regione Toscana assume come aree prioritarie:

- materno infantile;

- disabili;

- anziani e persone non autosufficienti;

- dipendenze da droga, alcol e farmaci;

- patologie psichiatriche;

- soggetti affetti da AIDS;

- pazienti terminali.

Nell'ambito della programmazione locale potrà essere riconsiderato il sistema di ripartizione degli oneri in relazione alle modalità assistenziali ed alle tipologie di servizio previste nelle tabelle allegate al D.C.P.M. 14 febbraio 2001, già citato.

7.6.2. L'innovazione

Il sistema integrato dei servizi socio-sanitari consoliderà nel triennio il suo modello organizzativo e le sue modalità di intervento avendo cura di promuovere e sostenere le forme innovative di cui agli articoli n. 16 (Le associazioni familiari) e 22 (Strutture soggette ad obbligo di comunicazione di avvio di attività) della *L.R. n. 41/2005*.

Sarà necessario, inizialmente, assicurare la definizione dei modelli assistenziali in corso di sperimentazione, e valutarne l'idoneità e la sostenibilità nel quadro generale dell'organizzazione dei servizi integrati distrettuali e delle linee di programmazione delle Società della Salute.

Occorrerà seguire con attenzione gli esiti delle varie sperimentazioni avviate in piani con diversi atti della Giunta negli ultimi anni ed entro 12 mesi trarne le conclusioni e proporre le eventuali modifiche e integrazioni normative e legislative.

Eventuali ulteriori sperimentazioni potranno essere avviate solo a seguito della definizione, da parte della Giunta, delle procedure previste al punto 2.3.5. Per quanto riguarda la sperimentazione dell'assistenza domiciliare integrata di cui alla *Delib.G.R. n. 402/2004*, se ne prevede l'incremento nell'ambito del progetto di continuità assistenziale per le persone non autosufficienti.

7.6.3. Le risorse integrate

Il modello organizzativo del sistema integrato dei servizi socio-sanitari, anche alla luce delle indicazioni scaturite dai vari percorsi sperimentali avviati, deve disporre di risorse professionali, tecniche ed economiche certe e programmate.

Diventa decisiva una ricognizione puntuale delle risorse tecniche e professionali presenti sul campo e delle iniziative di governo da attivare per una loro migliore utilizzazione.

Ciò si rende possibile anche alla luce del nuovo assetto organizzativo ed istituzionale del servizio sociosanitario regionale e della sperimentazione delle Società della Salute.

Dovranno essere definiti gli apporti professionali adeguati con riferimento alle figure professionali sanitarie e quelle sociali, che supportino le fasi di accesso ai servizi socio-sanitari, con particolare riferimento alla valutazione multidimensionale, alla progettazione e all'avvio dei percorsi terapeutico riabilitativo assistenziali.

La programmazione delle risorse professionali passa dal raccordo con la programmazione di area vasta e dalla ricerca di modelli organizzativi territoriali che accompagnino la fase di riorganizzazione ospedaliera e che permettano di "presidiare" i percorsi sociosanitari legati alla continuità assistenziale, territorio-ospedale, con i supporti specialistici adeguati.

In tale ambito, al fine di garantire una moderna funzione di continuità assistenziale attraverso una articolata offerta di prestazioni, si prevede anche lo sviluppo dei servizi identificati come "cure intermedie".

Tali servizi sono rivolti, prioritariamente, a persone dimissibili dall'ospedale ma non in condizioni di poter essere adeguatamente assistite al proprio domicilio, per il quadro clinico o per insufficienti garanzie di supporto familiare e/o sociale ed a persone che vengono segnalate dal medico di medicina generale in quanto le possibilità di assistenza domiciliare non offrono garanzie sufficienti in relazione alla situazione clinica del paziente e il ricovero ospedaliero non risulta appropriato.

7.6.4. Gli interventi di bassa soglia

Gli interventi di bassa soglia sono rivolti alla popolazione in situazione di marginalità e si basano sul presupposto di favorire al massimo l'accesso dell'utenza alla rete dei Servizi territoriali. Tali sono caratterizzati dalla rinuncia a porre rigide soglie di ingresso ai servizi offerti, sia dal punto di vista burocratico (residenza, nazionalità, invio da altri servizi ecc.) sia dal punto di vista della strategia della presa in carico (sigla di patti terapeutici, obblighi di intervista, richiesta di motivazioni al contatto ecc.).

Il concetto di Bassa Soglia, tuttavia, si connota soprattutto per la maggiore possibilità di entrare in relazione con i portatori di bisogni; non si tratta pertanto di assenza di obiettivi, e quindi di aspettative da trasmettere, ma di riconoscimento dei bisogni immediati che la persona in difficoltà avverte come prioritari, come possibilità di instaurare una relazione significativa e intraprendere insieme un percorso personalizzato.

I servizi di bassa soglia si rivolgono a tutte le persone in gravi difficoltà con particolare attenzione alle fasce giovanili. In particolare si rivolgono a persone che non hanno contatti con i servizi socio-

sanitari, che hanno interrotto le relazioni con le reti di socializzazione primarie e secondarie (famiglia, amici, gruppi di pari ecc.), con perdita transitoria dell'abitazione e delle risorse economiche, soggetti HIV positivi o in AIDS o con problemi di salute mentale.

Gli strumenti elettivi che caratterizzano un intervento a bassa soglia sono l'ascolto, la relazione informale e la mediazione.

L'ascolto è uno degli strumenti dell'accoglienza intesa come momento di riconoscimento della persona e di comprensione dei suoi bisogni, secondo un approccio non giudicante e senza richieste formali. Da ciò ne consegue che l'aspetto fondamentale della relazione è la capacità di offrire un ascolto empatico. L'accoglienza incondizionata, scevra da qualsiasi contratto, fondata su una relazione quotidiana instaurata dal semplice soddisfacimento dei bisogni primari e dalla condivisione di spazi e di vita in comune, spesso consente "l'aggancio" e l'inserimento in progetti più strutturati di persone che altrimenti non sarebbero riuscite ad utilizzare pienamente i Servizi. L'intervento di Bassa Soglia ha inoltre la valenza di mediazione con i Servizi Sociali e Sanitari. Un intervento quindi che informi la persona delle reali possibilità di sostegno ed inclusione sociale anche da parte dei Servizi del territorio. Il lavoro di mediazione è inteso anche come mediazione culturale rispetto al contesto ambientale, attraverso la promozione di un clima di accettazione per l'abbattimento dei pregiudizi che possono sussistere nel rapporto con i servizi socio-assistenziali, la rete sociale e le agenzie del territorio. Si tratta quindi di promuovere la persona all'esterno, nel contesto sociale in cui vive attraverso un attento lavoro di rete. Questo tipo di lettura si fonda sulla centralità della persona, capace di autodeterminazione, anche se in condizioni di estrema marginalità.

Gli interventi di bassa soglia, per la loro peculiarità e per le persone a cui si rivolgono, costituiscono un importante contributo all'accesso, anche se informale, al sistema dei servizi sanitari e sociali delle fasce più deboli ed esposte della popolazione.

La Regione segue e sostiene con interesse alcune significative esperienze in atto sul territorio regionale, miranti alla realizzazione di reti integrate di interventi e di servizi di bassa soglia, in particolare, in questa fase, a favore della popolazione anziana e dei tossicodipendenti.

Tra i vari obiettivi vi è anche la necessità di valutare le esperienze in atto sul territorio regionale, individuando strumenti, standards minimi funzionali e strutturali degli interventi ed i protocolli operativi, per garantire al meglio la messa a sistema di tali servizi ed estendere le metodologie individuate ad altri settori problematici.

Il complesso delle iniziative è volto a realizzare una organizzazione di sistema, nel quale soggetti istituzionali e del no profit operano in modo coordinato per la rilevazione preliminare della richiesta di aiuto sociale, l'attivazione di un primo intervento, l'accompagnamento verso una adeguata presa in carico da parte dei servizi competenti, ogni qualvolta ne venga riscontrata la necessità; per cui, ulteriore obiettivo, all'interno della programmazione sulla bassa soglia, è quello della realizzazione di una vera e propria rete territoriale di servizi intesi come insieme di interventi e prestazioni innovative. Sarà centrale nei servizi di prossimità il principio etico, in via di affermazione, che va dal consenso informato all'alleanza terapeutica in un'ottica di abbassamento della soglia di accesso, flessibilità dei percorsi, territorialità dei programmi, comunità aperta, progettualità individuale, mediazione culturale e sociale, inclusione e connessione sociale.

Si ha consapevolezza che un territorio che esprime attenzione ai diritti delle persone più fragili e più esposte alla marginalità sociale, adottando risposte ai bisogni primari, proponendo e sperimentando percorsi di aggancio ed inclusione sociale su vari livelli, può risolvere anticipatamente una buona parte dei problemi connessi alla sanità ed alla sicurezza sociale.

7.7. Sostegno all'autonomia delle persone anziane

Alla luce dell'avanzato processo di invecchiamento della popolazione, le politiche regionali di assistenza verso le persone anziane devono affrontare, con respiro strategico, il tema del miglioramento complessivo dello stato di salute della popolazione anziana.

Le politiche regionali saranno ispirate al richiamo dell'OMS sui determinanti della salute, intervenendo su tutte le aree tematiche che offrono opportunità e risoluzione di problemi vitali per le persone anziane.

7.7.1. Le politiche generali

Le risposte di carattere prevalentemente sociale si integrano, nel PIS, con quelle a rilevanza socio-assistenziale e sanitaria operando con priorità nell'area della prevenzione della non autosufficienza.

In questo quadro, vengono assunti, in coerenza con gli obiettivi contenuti nel piano regionale di sviluppo, i seguenti impegni strategici:

- sviluppo di azioni promozionali, informative e operative sugli “stili di vita”
- prevenzione della fragilità con azioni coordinate e servizi di sorveglianza diffusi e pianificati
- sviluppo di un sistema integrato dei servizi sociosanitari attraverso il Fondo per la non autosufficienza.

Le aree di intervento.

Saranno particolarmente assicurate, attraverso azioni integrate coordinate a livello regionale, misure concrete sui singoli aspetti strategici:

a) La fragilità: prevenzione e sorveglianza attiva. L'organizzazione dei servizi rivolti alla persona anziana “fragile” deve essere comunque ispirata ad una visione “positiva” della salute degli anziani, investendo in risorse e attenzioni per prevenire lo stato di non autosufficienza e permettere una vecchiaia serena nel proprio “ambiente di vita”.

b) Gli stili di vita: campagna promozionale e informativa. Le politiche sociali devono sviluppare e mettere in circolo tutte quelle opportunità che consentano di migliorare gli “stili di vita”; di assicurare una dimensione di inserimento e di partecipazione che preveda processi di promozione e di educazione alla salute e strategie complessive di governo.

- Attività motorie: a questo proposito la Regione Toscana si impegna a promuovere un programma di comunicazione per la diffusione della attività motoria per la persona anziana, estendendo il modello delle Attività motorie adattate e coinvolgendo i Comuni e le associazioni del volontariato nella diffusione della pratica motoria

- Alimentazione: costruzione di modelli educativi che orientino la “buona alimentazione” da parte della persona anziana, indipendentemente dalle emergenze climatiche

- Organizzazione tempo libero: rilevazione di tutti i presidi di socializzazione e aggregazione delle persone anziane in Toscana, e loro monitoraggio costante attraverso un tavolo aperto alle associazioni coinvolte ed alle organizzazioni sindacali

- Formazione permanente come strumento di prevenzione e contrasto dell'esclusione sociale, in raccordo con gli appositi programmi regionali;

c) il rafforzamento dei collegamenti funzionali con gli strumenti di programmazione delle politiche sociali integrate attraverso l'adozione di piani operativi volti a porre in essere azioni trasversali strutturate, con particolare riferimento alla casa, alla mobilità ed ai trasporti. Tali azioni sono rivolte da un lato al mantenimento dell'autonomia nella vita quotidiana e dall'altro lato a prevenire forme di isolamento che possano influire negativamente sulla capacità di vivere nel proprio alloggio, di mantenere le normali interazioni sociali e di muoversi nel proprio contesto relazionale;

d) lo sviluppo di servizi socio-assistenziali a bassa intensità assistenziale. Dovranno essere incentivati gli interventi mirati a far emergere, potenziare e integrare i servizi presenti in un territorio con quelli offerti da parte di organismi ed associazioni, in una logica di reciproco coinvolgimento e supporto, attraverso:

- vigilanza attiva e permanente su tutta la popolazione anziana, coordinando anche la rete dei sistemi territoriali di telefonia sociale

- tutela diffusa dell'anziano solo o in condizione di marginalità sociale

- offerta di servizi a domicilio, anche con carattere di temporaneità e socialità (fornitura di generi di prima necessità, spesa a domicilio, farmaci a domicili, trasporto sociale, compagnia ecc.)

- orientamento ed accompagnamento nei percorsi della rete dei servizi

- accessibilità temporanea a:

- * centri diurni di assistenza e di socializzazione

- * comunità alloggio

- * alloggi protetti;

e) la telefonia: sviluppo e coordinamento per inserire nella rete dei servizi assistenziali tutti i sistemi territoriali di telefonia sociale a tutela del cittadino anziano;

f) un modello per i servizi sociali nelle aree rurali e nella montagna: si tratta di lavorare ad una programmazione integrata con il territorio, attraverso una cabina di regia con ANCI, URPT e UNCEM per lo sviluppo dei servizi socio assistenziali nelle aree rurali anche coinvolgendo realtà produttive strutturate, come ad esempio il nuovo soggetto dell'agricoltura sociale a salvaguardia della specificità dei territori.

Obiettivi di periodo:

breve termine:

- attivare l'archivio regionale della persona anziana fragile e degli anziani soli ai fini dell'attuazione degli interventi;

- avviare una ricognizione del sistema di aggregazione sociale diffuso in toscana;

- avviare una ricognizione sulle iniziative educative sugli stili di vita;

- individuare i criteri regionali integrati per la programmazione dell'offerta abitativa da alimentare con l'edilizia sociale;

- avviare un percorso di informazione e di concertazione territoriale per la progettazione locale nelle aree rurali e montane;

medio-lungo termine:

- sperimentare modalità tecnicamente più avanzate per l'accertamento globale dei fattori determinanti la fragilità;

- promuovere azioni, anche sperimentali, per la prevenzione della fragilità;

- supportare la gestione degli investimenti in campo sociale, con risorse destinate;

- identificare i servizi di bassa intensità assistenziale ed i relativi standards;

- assicurare una programmazione integrata per la gestione dell'edilizia sociale.

Strumenti

- programma regionale per la promozione degli stili di vita;
- piano degli investimenti sociali;
- programma regionale integrato per l'educazione alla salute;
- programma regionale integrato di comunicazione sulla salute;
- linee programmatiche regionali integrate per l'edilizia sociale.

7.7.2. Le politiche per la non autosufficienza (11)

La rete dei servizi territoriali toscani, con riferimento al DPEF e con avvio nel 2008, si arricchirà, entro il 2010, del “sistema integrato dei servizi sociosanitari verso la persona non autosufficiente”, impiegando a tal fine un fondo integrato e mirato di risorse che riunifica e consolida quelle sociali (statali, regionali, comunali) e quelle sanitarie (regionali).

Gli strumenti della programmazione sociosanitaria toscana definiscono l'impianto del sistema integrato dei servizi sociosanitari verso la persona non autosufficiente, individuando alcuni strumenti e azioni fondamentali, che saranno oggetto di successivi atti normativi e gestionali:

- sottoscrizione di una Intesa Interistituzionale per la non autosufficienza. È un patto pubblico che viene sottoscritto tra Regione, Asl ed Enti Locali; indica la scelta di un rapporto di cooperazione tra i diversi livelli istituzionali, nell'ambito delle rispettive competenze, con assunzione di responsabilità e di definizione delle risorse;

- riconoscimento del diritto del cittadino alla prestazione sociosanitaria integrata. Il fondo permette il rafforzamento del diritto di cittadinanza rendendo possibile il passaggio dal riconoscimento del “titolo alla prestazione, a quello del “diritto alla prestazione sociosanitaria integrata”;

- definizione dei livelli di risposta assistenziale da assicurare sulla base degli indici di gravità, che conferiscono al sistema dei servizi caratteristica di certezza (prestazione certa ed esigibile per chiunque si trovi in una determinata condizione di bisogno) e si caratterizzano come tipologia di offerta commisurata all'indice di gravità del bisogno, nell'ambito delle risorse rese disponibili;

- individuazione dei destinatari delle offerte integrate: i destinatari delle offerte integrate alimentate con il Fondo per la non autosufficienza sono tutte le persone non autosufficienti, le cui condizioni di bisogno, indipendentemente dall'età e dalla patologia di riferimento, accertate con modalità multidimensionali che tengono conto di difficoltà organico-funzionali, cognitivo-comportamentali e socio-relazionali-ambientali, presentano indici di gravità di fronte ai quali viene attivato il fondo;

- configurazione e articolazione della mappa delle offerte integrate coperte e sostenute dal fondo: le offerte assistenziali integrate sono articolate in aree di intervento, sulla base dei progetti personalizzati che prevedono offerte miste nelle aree della residenzialità, della semiresidenzialità, della domiciliarità, anche attraverso forme di assistenza indiretta e/o integrativa;

- applicazione delle modalità di compartecipazione al costo delle prestazioni di cui all'*art. 14 della legge regionale n. 66/2008* “Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza”, come da atto d'indirizzo approvato dalla Giunta regionale con propria *Delib.G.R. n. 385/2009*.

Il sistema integrato dei servizi sociosanitari distrettuali si avvale del modello integrato di accesso già disegnato nelle grandi linee dalla *Delib.G.R. n. 402/2004* e poi riconfermato nella *L.R. n. 66/2008*, intorno ad alcuni strumenti e requisiti fondamentali:

- a) attivazione del livello di coordinamento dell'accesso al sistema dei servizi territoriali: PUA (punto unico di accesso) e Punti Insieme;

- b) valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno;
- c) protocolli di continuità assistenziale territorio-ospedale, territorio-medici di medicina generale, territorio-specialistica;
- d) quantificazione dei carichi assistenziali e la determinazione degli indici di isogravità;
- e) articolazione dei pacchetti assistenziali;
- f) quantificazione delle risorse.

Obiettivi:

- incrementare, in previsione dell'attivazione del Fondo per la non autosufficienza, i servizi domiciliari e semiresidenziali;
- completare la programmazione delle offerte “modulari” residenziali in tutte le Zone attraverso un percorso di concertazione tra i soggetti istituzionali (S.d.S od Articolazioni zonali delle Conferenze dei Sindaci) ed i gestori;
- aggiornamento e formazione permanente del personale;
- piena funzionalità dei Punti Insieme, per garantire un accesso unificato ai servizi in modo da evitare difficoltà nella richiesta d’assistenza o attivazioni duplicate d’intervento, e per identificare il luogo fisico dove segnalare il bisogno e ottenere la valutazione;
- formazione e aggiornamento delle unità di valutazione multidisciplinare presenti in ogni zona/distretto, per la definizione del programma assistenziale individuale e della verifica periodica degli esiti del percorso assistenziale;
- piena realizzazione e funzionalità del PUA presso ogni zona distretto come struttura di coordinamento e di supporto al livello direzionale e di governo del territorio;
- sviluppo ed accompagnamento di azioni di prevenzione della non autosufficienza;
- continuità di assistenza tra ospedale e territorio;
- sviluppo di un sistema di risposte flessibili, in primo luogo territoriali, domiciliari e di sostegno alle funzioni assistenziali della famiglia, e quindi residenziali, sulla base del principio di appropriatezza;
- gestione unitaria ed integrata, da parte di soggetti istituzionali territoriali (Società della Salute), del Fondo per la non autosufficienza, composto da risorse derivanti dal fondo sanitario, dal fondo sociale, dalla spesa dei Comuni e di altri soggetti locali;
- realizzazione del sistema informativo per la non autosufficienza coerentemente con i principi del sistema informativo regionale.

Strumenti:

- Intese interistituzionali;
- Atto deliberativo GRT di approvazione del “Progetto regionale per l’assistenza continua a

persone non autosufficienti”;

- Atto deliberativo della GRT per approvare le nuove modalità ed i nuovi strumenti di valutazione della non autosufficienza;

- Legge e Regolamento attuativo relativi ai requisiti per l’accreditamento, distinti per tipologia di servizio e agli indicatori per la verifica dell’attività svolta e dei risultati raggiunti;

- Atto regionale di indirizzo per disciplinare la regolamentazione comunale in tema di “Modalità di compartecipazione al costo della prestazione”.

Risorse:

- risorse sociali e sanitarie ordinariamente destinate alla non autosufficienza;

- risorse provenienti dal fondo sanitario regionale destinate al sostegno dei servizi sociosanitari a favore delle persone non autosufficienti, disabili e anziane, secondo le indicazioni del piano sanitario e sociale integrato regionale;

- risorse provenienti dal fondo sociale regionale, comprese quelle aggiuntive previste dal DPEF 2008-2010;

- risorse provenienti dal fondo nazionale per l’assistenza alle persone non autosufficienti, nonché da eventuali ulteriori risorse nazionali trasferite per finalità coerenti con gli obiettivi della presente legge;

- risorse provenienti da lasciti o donazioni, compatibili con questa finalità sociosanitaria;

- risorse dei Comuni già impegnate per la spesa storica sostenuta a titolo di assistenza ai non autosufficienti così come risulta dai bilanci al 31 dicembre 2007.

7.8. Sostegno all’autonomia delle persone con disabilità e la rete dei servizi integrati

Nell’ambito delle finalità complessive per il sostegno della autonomia delle persone con disabilità le azioni e le strategie di riferimento sono in continuità con lo specifico Progetto Obiettivo del PSR 2002/2004. Le azioni devono essere tese a realizzare, sulla base di quanto stabilito dal Programma di azione del Governo per le politiche della disabilità, i seguenti principi:

- principio della “non discriminazione”: qualsiasi tipo di diversità, portando con sé specifici valori, deve essere vista come un patrimonio culturale di cui la società deve essere messa in condizione di arricchirsi;

- principio della pari opportunità: solo eliminando l’ostacolo sociale, che impedisce la piena partecipazione alla vita collettiva, sarà possibile eliminare i limiti imposti dalla disabilità;

- principio delle maggiori gravità: tutte le azioni dovranno essere strategicamente rivolte a soddisfare le esigenze delle persone con “gravissime disabilità” e delle famiglie che le assistono;

- principio della concreta integrazione: i diritti umani e sociali, compresi dalle situazioni di disabilità, dovranno essere resi effettivamente esigibili.

Affrontare il tema della disabilità significa avere presente la globalità della persona con diverse capacità funzionali al fine di valutarne complessivamente le condizioni di bisogno e di impostare un progetto di intervento che possa migliorarne la qualità della vita.

Le politiche regionali tendono a recuperare una dimensione unitaria delle strategie di intervento verso la persona con disabilità, assicurando livelli efficaci di governo e di coordinamento territoriale, e articolando la gamma delle risposte sulla prevalenza delle caratteristiche riabilitative o socio-assistenziali del piano di intervento (denominato PAP).

Diventa così centrale la distinzione tra progetti di intervento che si prefiggono l'obiettivo di un recupero tangibile di capacità funzionali, con una logica quindi di riabilitazione, e progetti che affrontano l'area della cronicità, con logiche e finalità prevalentemente di lungo assistenza.

L'orientamento del PISR sugli interventi sociali e sanitari è quello di individuare elementi di specificità dei singoli percorsi (assistenziale e riabilitativo) ed azioni comuni che qualificano l'insieme della rete dei servizi nel settore della disabilità.

Le politiche regionali nei confronti della persona disabile, dovranno potenziare le condizioni per rendere possibile l'inserimento ed il recupero sociale, perseguendo i principi della non-discriminazione, delle pari opportunità e della concreta integrazione sopra citati.

La programmazione unitaria delle aziende unità sanitarie locali e dei comuni e/o delle S.d.S. (attraverso i Piani Integrati di Salute) con il contributo prezioso e indispensabile dei cittadini con disabilità, dei familiari, del volontariato, promuoverà interventi per agevolare una piena integrazione sociale, scolastica, lavorativa e ambientale.

Confermando l'obiettivo di finalizzare gli interventi al raggiungimento della massima autonomia ed integrazione della persona disabile nel contesto familiare e nella vita sociale, la Giunta si impegna nell'arco di validità del Piano a monitorare le seguenti azioni integrate:

- strategie preventive per il mantenimento dell'autonomia e dell'autosufficienza residua unitamente all'eventuale recupero degli esiti invalidanti;
- monitoraggio delle procedure di valutazione da parte dei nuclei distrettuali, dello stato funzionale delle persone con problemi di disabilità all'interno dei percorsi di presa in carico integrata sociale e sanitaria;
- orientamento e governo dei percorsi socio riabilitativo assistenziali finalizzati al recupero e mantenimento del disabile in forme appropriate;
- possibilità, per e persone disabili, di accesso ai servizi previsti dal Fondo per la non autosufficienza;
- sostegno alle iniziative per la piena accessibilità degli ambienti pubblici e privati (anche nello specifico della disabilità sensoriale);
- sostegno alle iniziative per l'attivazione di forme innovative e multifunzionali di residenzialità;
- sostegno e promozione alla realizzazione di percorsi turistici fruibili da parte dei disabili.

7.8.1. I cittadini con disabilità in età evolutiva

Secondo l'organizzazione dei servizi alla disabilità in età evolutiva, sono assicurate risposte globali ed integrate, che si basano sulla presa in carico dei soggetti da parte delle competenti strutture territoriali. Per tali soggetti è garantito un percorso assistenziale certo e continuativo a partire dagli interventi di riabilitazione, protesi ed ausili, sostegni scolastici ed extrascolastici, aiuto personale, tempo libero, gioco e attività motoria e vacanze estive. Ciò non toglie che vi siano ancora carenze da colmare in modo particolare per quanto riguarda il rapporto con il sistema scolastico e la promozione dell'autonomia e dell'indipendenza della persona.

Linee di intervento:

- iniziative finalizzate a sensibilizzare gli attori istituzionali sulla necessità di migliorare e perfezionare le forme di collaborazione sperimentate negli ultimi anni, valorizzando gli aspetti positivi emersi durante le varie esperienze attivate sul territorio;
- iniziative che rendano la scuola punto di riferimento per la condivisione di attrezzature multimediali e/o specifiche per favorire l'integrazione degli alunni in situazione di disabilità;
- definizione di accordi per forme sperimentali di sostegno scolastico in scuole pubbliche e private;
- definizione di accordi strutturali con i soggetti pubblici e privati che operano nel settore dell'orientamento e della formazione;
- messa in rete di esperienze di integrazione sperimentali ed innovative;
- iniziative per la tutela nel campo degli abusi e dei maltrattamenti di minori con disabilità;
- iniziative volte alla utilizzazione delle attività di sport per tutti, per la riappropriazione delle capacità personali nel rispetto dei limiti e dalle abilità individuali;
- estensione e potenziamento dei presidi territoriali per favorire l'accesso e la presa in carico dei minori disabili con particolari gravità associate a patologie progressive;
- ridefinire e omogeneizzare la rete dei servizi territoriali per i disabili: domiciliari, semiresidenziali e residenziali;
- estensione di interventi di sostegno e supporto al disabile e alla famiglia anche in ambito domiciliare;
- potenziamento dei centri specialistici che supportino i percorsi assistenziali territoriali:
costituzione e avvio di un primo nucleo specialistico interaziendale per i servizi rivolti alla persona ipovedente e non vedente con pluriminorazioni;
- orientamenti e indicazioni programmatiche per integrare i percorsi terapeutico riabilitativi e quelli socio-assistenziali.

Obiettivi di periodo:

breve termine:

- completamento entro il 31 dicembre 2007 delle esperienze avviate sulla domotica e l'attività motoria
- completamento entro il 31 dicembre 2007 del programma di formazione e di sperimentazione di un approccio classificatorio uniforme sul tema della disabilità tratto dall'ICF

medio-lungo termine:

- linee-guida per la definizione di parametri condivisi per i supporti didattici ed educativi verso l'alunno disabile
- estensione dei nuclei specialistici interaziendali per ipo e non vedenti in tutte e tre le Aree vaste del territorio toscano
- linee-guida la promozione dell'autonomia e dell'indipendenza del minore con disabilità fin dall'infanzia.

Strumenti:

- Linee-guida sulla domotica e la organizzazione di attività motorie mirate
- Linee-guida per la valutazione della disabilità
- Programma regionale per i supporti verso l'alunno disabile
- Linee-guida e ipotesi di modelli organizzativi integrati che ridefiniscano il processo assistenziale nella sua globalità e continuità, ridisegnando le sue caratteristiche fondamentali.
- Programma regionale sulla integrazione dei modelli di accesso e presa in carico del minore disabile
- Programma regionale per la promozione dell'autonomia e dell'indipendenza del minore con disabilità fin dall'infanzia.

Risorse:

- fondo sociale
- fondo sanitario.

7.8.2. I cittadini con disabilità in età adulta

Per le persone portatrici di disabilità in età adulta non si riscontra una sufficiente strutturazione dei servizi. Occorre riaffermare l'importanza di tutte le azioni tese a contrastare processi di esclusione o istituzionalizzazione, nonché di tutti gli interventi tesi a rimuovere gli ostacoli di ordine culturale, strutturale e materiale per il raggiungimento del più alto grado di autonomia, assicurando la presa in carico unitaria, globale, integrata e flessibile del soggetto con disabilità, garantendo un percorso d'integrazione.

Il percorso d'integrazione, elaborato attraverso il PAP ed i vari piani individuali di volta in volta previsti, definisce i sostegni da attivare nelle diverse tappe di integrazione.

Il percorso certo di integrazione si configura come un mezzo per dare sostegno concreto alle famiglie, per non determinare situazioni di svantaggio per tutti i membri delle stesse e per ridurre processi di sfiducia e rapporti conflittuali tra servizi e famiglie.

Linee di intervento:

- sperimentare, in ambito zonale, progetti di uscita programmata dalla scuola dell'obbligo che, valutando le reali possibilità e potenzialità del soggetto ed utilizzando il PEP (Progetto educativo personalizzato), dovranno definire gli inserimenti successivi (prosecuzione degli studi, preformazione e formazione professionale, inserimento al lavoro, assistenza socio-educativa-riabilitativa personalizzata, centro diurno, etc.);

- implementare servizi di aiuto personale anche in forma indiretta;

- sostenere l'indipendenza delle persone con disabilità grave, sulla base delle indicazioni regionali derivanti dalla sperimentazione di progetti di Vita indipendente, in situazione di autonomia di vita o di convivenza familiare o comunitarie;

- favorire opportunità di inserimento e miglioramento dei livelli occupazionali dei lavoratori in situazione di disabilità, utilizzando gli strumenti già previsti dalla legge e dalla cooperazione sociale e garantendo il rispetto e la dignità delle persone disabili;

- sperimentare progetti per l'integrazione al lavoro di soggetti svantaggiati considerando che le persone occupabili necessitano di un intervento propedeutico e graduale all'acquisizione di competenze lavorative e che una attività di accompagnamento è necessaria anche successivamente all'assunzione;

- semplificare le procedure di accertamento dell'invalidità civile e della concessione delle provvidenze economiche;
- introdurre misure che incentivino anche il ruolo attivo del settore non profit;
- ricercare modalità innovative per consentire alle persone con disabilità di aumentare la capacità di mobilità in autonomia.

Obiettivi di periodo:

breve termine:

- completamento sperimentazione per lo sviluppo dei PEP
- condivisione con i soggetti pubblici coinvolti, della semplificazione delle procedure per l'accertamento della invalidità civile

medio-lungo termine:

- applicazione *legge n. 80/2006* sull'accertamento unificato della disabilità
- completamento al 31 dicembre 2008 della sperimentazione sulla "vita indipendente"
- ricerca del modello amministrativo giuridico più funzionale per il "con e dopo di noi".

Strumenti:

- linee-guida per la semplificazione delle procedure per l'accertamento dell'invalidità civile
- linee-guida regionali per l'accertamento sanitario unificato della disabilità
- linee-guida per il modello giuridico amministrativo per la gestione del "con e dopo di noi"
- linee-guida sulla domotica e la organizzazione di attività motorie mirate
- linee-guida e ipotesi di modelli organizzativi integrati che siano coerenti con le finalità ed i contenuti del programma regionale sulla disabilità che ridefiniscano il processo assistenziale nella sua globalità e continuità, ridisegnando le sue caratteristiche fondamentali.

Risorse:

- sociali e sanitarie
- apporti tecnico scientifici per la predisposizione delle linee-guida.

7.8.3. Il "Con e dopo di noi"

L'azione denominata "Con e dopo di noi" rappresenta un impegno preciso della Regione Toscana che intende affrontare le preoccupazioni e le angosce di genitori anziani per il futuro dei propri figli con disabilità. A tal proposito è prevista una specifica linea di intervento nell'ambito del programma di investimenti che individua finanziamenti espressamente dedicati.

La linea di intervento ed il sistema dei servizi dovranno evolversi nella direzione di produrre elementi di continuità e di globalità che permettano di realizzare il concetto del "sempre con noi", quale tangibile risposta alla complessità dei problemi che le persone con disabilità vivono.

Linee di intervento:

- promuovere forme di convivenza e di aggregazione anche spontanea in nuclei appartamento, comunità alloggio e case famiglia per cittadini con disabilità cercando di ricostruire ambienti di dimensioni familiari al fine di favorire un sistema di vita indipendente.

- progettare e sperimentare un sistema di vita extra familiare, individuato come idoneo non solo come risposta ai bisogni assistenziali, ma anche come risposta ai bisogni esistenziali del singolo soggetto non autosufficiente

- sostenere esperienze di fondazioni costituite da soggetti pubblici e/o privati che integrino le risposte territoriali e garantiscano le risorse patrimoniali aggiuntive, nel rispetto della normativa e degli indirizzi che la regione si impegna ad emanare, con particolare riferimento alla trasparenza ed alla garanzia dei controlli.

- sostenere un programma di semiresidenzialità e residenzialità per situazioni non altrimenti gestibili al proprio domicilio (ai sensi dell'*articolo 21 comma 1 della L.R. n. 41/2005*).

7.8.4. Mobilità e trasporti

Le azioni, gli interventi, i progetti per le politiche per la mobilità ed accessibilità, ricompresi nell'ambito dei Piani di zona o dei PIS, hanno portato risultati positivi. Ciò incoraggia a promuovere nuove e concrete azioni per rendere lo spazio costruito, ed i sistemi di trasporto in generale, realmente vivibili da gran parte dei cittadini.

Misure:

- monitoraggio di progetti specifici di mobilità elaborati dai comuni con più di 80.000 abitanti e comunque i comuni che ricadono in un'area metropolitana;

- iniziative volte alla verifica delle normative vigenti e della loro attuazione;

- estensione di modalità innovative atte a consentire alle persone con disabilità di muoversi liberamente sul territorio, già sperimentate positivamente;

- sperimentazione di azioni tese ad assicurare un percorso efficace e snello per il conseguimento della patente di guida da parte del soggetto con disabilità;

- implementazione del parco macchine multiadattate, utilizzabili non solo per l'effettuazione di scuola guida ma anche come "macchine di cortesia" sostitutive di autovetture, in manutenzione o riparazione, di proprietà o possesso del soggetto portatore;

- sperimentazione di azioni tese ad assicurare la disponibilità di vetture multiadattate per uso turistico.

7.9. Barriere: architettoniche, di comunicazione e sensoriali

L'eliminazione delle barriere architettoniche garantisce la fruibilità in sicurezza degli spazi, dei servizi, ecc. (nel lavoro e nel tempo libero) con l'obiettivo di una reale autonomia personale di tutti i cittadini toscani anche favorendo soluzioni per l'autonomia domestica (domotica sociale diffusa).

Piena applicazione dovrà essere data alla previsione della legislazione regionale sulle barriere architettoniche, recentemente aggiornata, in particolare per l'adeguamento della normativa urbanistica ed edilizia locale, l'approvazione dei piani per l'eliminazione delle barriere architettoniche (PEBA), il coinvolgimento delle Associazioni di tutela delle persone con handicap più rappresentative operanti sul territorio per la verifica dei risultati degli interventi realizzati.

I finanziamenti volti a contribuire all'eliminazione delle barriere architettoniche di uso pubblico sono vincolati, come già indicato nell'Accordo programma "Piano Investimenti nel Settore Sociale" approvato con *D.P.G.R. 30 maggio 2006* all'attuazione dei programmi di intervento per l'eliminazione delle barriere architettoniche (di cui all'*art. 9 della L.R. n. 47/1991*) unitamente alle iniziative che i Comuni devono intraprendere (in attuazione dell'*art. 5 della L.R. n. 47/1991*) per l'adeguamento della normativa urbanistica ed edilizia, al fine di garantire la piena fruibilità degli spazi in ogni edificio oggetto di intervento per il quale è richiesta l'autorizzazione comunale.

Con l'aggiornamento del PISR ogni anno viene inserita la ripartizione dei finanziamenti relativi all'abbattimento delle barriere architettoniche nelle civili abitazioni, ai sensi dell'*art. 4 comma 2 della L.R. n. 47/1991* modificata dalla *L.R. n. 66/2003* e ai sensi del Regolamento di attuazione emanato in data 3 gennaio 2005 con *D.P.G.R. n. 11/R*, per le domande presentate nell'anno precedente, per l'importo appositamente previsto nella legge finanziaria regionale.

L'introduzione di tecnologie applicate alla mobilità e alla fruibilità, sia in ambito pubblico che privato, parte proprio dagli strumenti informativi e di comunicazione capaci di arrivare a dialogare con persone colpite da diverse disabilità fisiche, sensoriali e percettive, in merito al disbrigo degli adempimenti quotidiani in sicurezza e autonomia. Infatti la mancanza di accorgimenti e segnalazioni non permette l'orientamento e la riconoscibilità dei luoghi e delle fonti di pericolo per chiunque e in particolare per i non vedenti, per gli ipovedenti e per i sordi.

I punti di riferimento sono informazioni ambientali discrete di ogni tipo (visivo, tattile, acustico, vestibolare, cinestetico, olfattivo) facili da recepire e sempre presenti, di cui il disabile conosce la posizione e il significato.

Pertanto, particolare attenzione deve essere posta alla comunicatività ambientale, intesa come strategia progettuale per mitigare i conflitti sensoriali uomo-ambiente (gradualità informativa, semplicità informativa, percepibilità, convergenza degli effetti, leggibilità del segnale) in conformità con la normativa vigente, tenendo presente gli indicatori sensoriali (tattili, visivi e acustici).

La Regione sostiene quelle sperimentazioni, con Enti Locali e Università, volte a individuare metodologie, tecniche costruttive e creazione di manufatti che in modo strutturale favoriscano la fruibilità degli spazi ricercando con particolare attenzione le progettualità sovrazonali e sovrazonali.

Per la piena autonomia individuale dei non vedenti ed ipovedenti la Regione promuoverà azioni di sensibilizzazione degli operatori pubblici affinché la comunicazione istituzionale diretta alle famiglie venga realizzata anche in braille o in forma ingrandita, per quelle famiglie ove sia presente un disabile.

Obiettivi di periodo:

breve termine:

- contrastare la costruzione di nuove barriere architettoniche nelle civili abitazioni;
- soddisfare annualmente le richieste di contributo per l'eliminazione delle barriere architettoniche nelle civili abitazioni;
- sostenere gli interventi di progettazione e di realizzazione di tecnologie della domotica nelle abitazioni;
- aumentare l'accessibilità, la fruibilità, la sicurezza ed il confort dell'ambiente urbano e più in generale dello spazio costruito;

medio-lungo termine:

- realizzare la piena applicazione del Piano per l'Eliminazione delle Barriere architettoniche da parte degli Enti Locali;
- adeguare gli strumenti normativi alle proposte progettuali che derivano dall'innovazione tecnologica.

Strumenti:

- emanazione di linee-guida per la costruzione dei Piani per l'eliminazione delle Barriere Architettoniche;
- seminari di aggiornamento per il personale tecnico degli uffici tecnici degli Enti Pubblici.

Risorse:

- sociali
- apporti tecnico-scientifici per la predisposizione delle linee-guida e per i seminari di aggiornamento.

7.10. I servizi per la disabilità visiva

La presenza in Toscana della Scuola Nazionale Cani Guida per Ciechi e la Stamperia Braille, hanno favorito una particolare attenzione verso la disabilità visiva facendo diventare la Regione Toscana un punto di riferimento nazionale per i servizi a questi disabili.

La crescita della domanda individuale di documenti tradotti in braille e quella che comincia a provenire da Aziende alla Stamperia Braille (per una immagine etica da usare per finalità commerciali) richiedono investimenti sulla tecnologia e sulla qualificazione degli operatori addetti. Tali servizi che hanno comunque una forte valenza sociale, presentano anche una componente economica che può consentire uno sviluppo autosufficiente delle attività ove si possa dare maggior autonomia gestionale a tale struttura.

Anche sulla Scuola saranno effettuati investimenti per migliorare la qualità del Cane Guida considerato come uno straordinario e insostituibile ausilio per la mobilità individuale dei non vedenti. La funzione nazionale del servizio svolto dalla Regione Toscana dovrà trovare un riconoscimento in ambito nazionale e da parte delle altre Regioni affinché i requisiti di qualità, previsti dal disciplinare di formazione interno alla Scuola, diventino uno standard di riferimento anche per le diverse scuole private esistenti sul territorio italiano. La definizione di standard di addestramento aprirà la strada al riconoscimento del cane-guida come ausilio, permettendo anche un recupero significativo degli oneri della Scuola, oggi tutti a carico del bilancio regionale. Il patrimonio culturale e professionale degli operatori della Scuola permetterà anche di allargare il campo di utilizzazione del cane addestrato ad altre finalità sociali. La Regione promuoverà sperimentazioni di pet-therapy con Istituti scientifici ed aziende sanitarie toscane e saranno sperimentate forme di utilizzazione di cani addestrati per sostegno ed ausilio a persone con disabilità motoria e per compagnia a persone anziane autosufficienti.

La forte componente gestionale di questa attività come, per la Stamperia Braille, richiederà l'individuazione di forme gestionali efficienti anche a parziale autofinanziamento.

Il livello di qualità dei servizi erogati consentirà alla Regione Toscana di candidarsi a collaborazioni internazionali, per la promozione di una cultura di accessibilità e per la creazione di scuole di addestramento a controllo pubblico.

7.11. Le funzioni in materia di invalidità civile

La *legge regionale n. 31/2004*, all'art. 4, modifica l'articolo 14 della precedente *legge regionale n. 85/1998* (Attribuzione agli enti locali e disciplina generale delle funzioni e dei compiti amministrativi in materia di tutela della salute, servizi sociali, istruzione scolastica, formazione professionale, beni e attività culturali e spettacolo conferiti alla Regione dal *decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112*) e attribuisce le funzioni amministrative trasferite alla Regione ai sensi del *decreto legislativo n. 112/1998* e relative alla concessione dei trattamenti economici a favore degli invalidi civili ai comuni capoluogo di provincia e ai comuni di Viareggio e di Empoli, con riferimento agli ambiti territoriali di competenza delle relative aziende USL.

Precedentemente all'entrata in vigore della nuova legge le funzioni, attribuite a tutti i comuni, sono state esercitate in via sperimentale dai comuni capoluogo di provincia e da Empoli e Viareggio anche per conto degli altri comuni appartenenti al loro ambito territoriale. Per lo svolgimento di tali funzioni hanno ricevuto dai comuni "deleganti" risorse correlate alle funzioni svolte.

Ai fini dell'applicazione della *legge regionale n. 31/2004*, con particolare riferimento alla riduzione dei tempi di definizione delle pratiche, la Regione stabilisce benefici aggiuntivi da trasferire ai comuni a cui la stessa legge ha attribuito la competenza in materia. A tal fine trasferisce una quota delle risorse per il sostegno delle funzioni attribuite agli Enti locali dalla *L.R. n. 41/2005*, direttamente ai comuni capoluogo e ai comuni di Empoli e di Viareggio, titolari delle funzioni relative alla concessione dei trattamenti economici a favore degli invalidi civili.

7.12. La prevenzione e cura delle condotte di abuso e delle dipendenze

Il fenomeno delle dipendenze da sostanze illegali e legali (alcol, fumo, farmaci) e delle nuove forme di dipendenza patologica non correlata all'uso di sostanze, per la sua vastità e problematicità, per la natura di "patologia cronica e recidivante", nonché per la rapidità e mutevolezza delle forme di approccio e assunzione che investono strati sempre più rilevanti della popolazione, abbisogna di uno sforzo di intervento capace di adeguarsi ed articolarsi in forme e misure anche diverse tra loro, di essere presente sull'intero territorio regionale, di garantire continuità agli interventi, di esprimere capacità di innovazione senza abbandonare le prassi e i metodi di intervento già collaudati.

Il consumo di cocaina e delle droghe sintetiche e il notevole abbassamento dell'età del consumo nonché la maggiore diffusione di cocaina, alcol e dipendenze senza sostanze (Gioco d'Azzardo Patologico, videogiochi, internet), fanno emergere la necessità di puntare su iniziative organiche, coraggiose e innovative di prevenzione e di informazione che rappresentano i mezzi più efficaci di contrasto al consumo, considerata la loro capillare diffusione e la difficoltà di controllarne l'uso.

Occorre individuare per i giovani specifici modelli culturali di responsabilizzazione al rispetto della qualità della vita, di valorizzazione della creatività e del talento. A tal fine risulta indispensabile coinvolgere sempre più le famiglie, la scuola, gli Enti locali, il volontariato, l'ambiente di lavoro e di svago, il mondo dell'informazione.

È per questi motivi che la Regione Toscana, oltre a potenziare il sistema dei servizi pubblici per le dipendenze nelle sue diverse articolazioni ha incoraggiato e sostenuto sul territorio regionale quelle realtà del privato sociale, del volontariato, dell'associazionismo e dell'auto-aiuto che, liberamente, hanno scelto di dedicarsi ad un settore così delicato ed importante per l'intera collettività.

Linee di intervento:

Nell'ambito delle finalità complessive per le azioni a tutela della prevenzione, cura e reinserimento sociale e lavorativo delle condotte di uso, abuso e delle dipendenze patologiche ed in continuità con la precedente programmazione sociale e sanitaria le strategie e gli obiettivi prioritari sono:

- sviluppare azioni progettuali diversificate in relazione all'evolversi del fenomeno;
- potenziare l'integrazione tra interventi sociali e sanitari e sviluppare il raccordo tra gli atti di programmazione delle Aziende unità sanitarie e dei comuni, anche attraverso l'adozione congiunta del Piano integrato di salute ed il sostegno alle iniziative delle Società della Salute;
- favorire il reinserimento sociale e lavorativo di soggetti tossico-alcolodipendenti;
- sostenere un'autonomia abitativa per persone temporaneamente prive delle necessarie risorse, economiche e familiari, attraverso l'utilizzo di abitazioni di sostegno;
- attivare opportunità di lavoro per persone tossico-alcolodipendenti che hanno intrapreso il percorso terapeutico riabilitativo, finalizzate alla stabilità del recupero, all'acquisizione di relazioni

sociali positive, allo sviluppo della specifica formazione tecnico-professionale, in stretto raccordo con le Province e con il pieno coinvolgimento delle associazioni di categoria datoriali;

- valorizzare il mondo del volontariato e dell'associazionismo (assistiti e loro famiglie) che ha precedentemente vissuto esperienze di dipendenze da sostanze stupefacenti e alcol, attraverso programmi di auto-aiuto finalizzati al reinserimento sociale e lavorativo;

- sostenere, potenziare e stabilizzare gli interventi rivolti a fasce di popolazione in stato di grave marginalità e a forte rischio di esclusione sociale quali consumatori italiani e stranieri, detenuti tossico/alcolodipendenti e a fine pena, gruppi di persone tossicodipendenti ad alto rischio di emarginazione sociale (senza fissa dimora, stranieri irregolari, tossico/alcolodipendenti soggetti a tratta e sfruttamento);

- attivare interventi di prevenzione primaria finalizzati alla promozione della salute e del benessere che vedano coinvolti tutti i soggetti che ruotano attorno al mondo giovanile e che abbiano come caratteristiche l'ampio target di popolazione interessata, la chiara descrizione delle metodiche e del programma degli interventi, le modalità di valutazione adottate, gli indicatori di risultato e la diffusione dei risultati. Particolare attenzione dovrà essere posta allo sviluppo delle iniziative di comprovata efficacia;

- promuovere iniziative dirette al potenziamento e all'integrazione della rete dei servizi pubblici e del privato sociale, con particolare attenzione alle nuove forme di dipendenza senza sostanze (gioco d'azzardo patologico), e alla notevole diffusione del consumo (cocaina, droghe sintetiche, droghe "ricreazionali");

- sperimentare approcci innovativi per la promozione della salute e la prevenzione del consumo delle sostanze, legali e illegali, nei contesti di aggregazione giovanile difficilmente raggiungibili dai servizi perché caratterizzati da particolari stili di vita e modelli culturali di riferimento (rave, festival rock e blues, after hours);

- realizzare interventi e servizi in grado di cogliere la complessità del fenomeno dipendenze e di contrastare in modo rapido e efficace le nuove abitudini di consumo, con particolare riguardo alla fascia di popolazione giovanile.

Linee di intervento su "droghe sintetiche e alcol":

- rafforzare la rete dei servizi pubblici (equipes alcolologiche) e l'integrazione con il privato sociale;

- promuovere campagne di informazione e di sensibilizzazione mirate in particolare alla popolazione giovanile attraverso il coinvolgimento diretto dei giovani, della scuola, delle famiglie, degli Enti locali, dei servizi pubblici e privati per le dipendenze, dell'associazionismo e del volontariato, da realizzarsi all'interno delle scuole, nei luoghi del loisir giovanile, nelle discoteche, negli ambienti sportivi e ricreativi;

- valorizzare i gruppi del volontariato e dell'auto-aiuto e rafforzare l'integrazione con la rete dei servizi pubblici;

- estendere su tutto il territorio regionale le iniziative già avviate per la prevenzione e il contrasto del consumo di droghe legali, in particolare alcol, ed illegali nei luoghi del divertimento giovanile (discoteche, pub, discopub) anche attraverso protocolli di intesa con i gestori dei locali e con il Sindacato Imprenditori Locali da Ballo;

- realizzare programmi di formazione e aggiornamento continuo degli operatori dei servizi pubblici e del privato sociale;

- sostenere servizi, anche sperimentali, per la presa in carico di soggetti preadolescenti e adolescenti multiproblematici (uso di sostanze legali e illegali e disturbi del comportamento).

Linee di intervento su “Sostanze dopanti”:

- Diffondere iniziative per ridurre i rischi derivanti dall'utilizzo di sostanze dopanti nella pratica sportiva e sviluppo di interventi di valorizzazione dei modelli sportivi positivi di riferimento per i giovani.

Linee di intervento su “Tabagismo”:

- Promuovere e diffondere iniziative informative e di sensibilizzazione sui rischi derivanti dal fumo di tabacco attivo e passivo, in particolare rivolte ai giovani, in continuità con le iniziative in atto e secondo gli indirizzi della *L.R. 4 febbraio 2005, n. 25* “Norme in materia di tutela della salute contro i danni derivanti dal fumo”.

- Sviluppare e consolidare la rete dei Centri Antifumo delle Aziende Sanitarie Toscane.

Linee di intervento in “ambito penitenziario”:

- favorire e promuovere progetti riabilitativi volti al reinserimento sociale e lavorativo dei detenuti tossico e alcolodipendenti, in stretto raccordo con il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria, l'UEPE, i Servizi sociali degli Enti locali, e i Servizi per le tossicodipendenze, gli Enti ausiliari, il volontariato, l'associazionismo e il mondo produttivo, sia nei percorsi esterni che interni al carcere;

- incrementare le iniziative di prevenzione e di conoscenza delle patologie infettive, in particolare negli istituti di pena maggiori e specialmente per i tossico/alcolodipendenti stranieri, sulla scorta delle positive esperienze precedenti ed in atto;

- sviluppare percorsi di tutela sociale e di prevenzione per i minori stranieri utilizzando anche figure particolari quali mediatori culturali;

- realizzare percorsi formativi per la crescita professionale degli operatori socio-sanitari che operano nelle carceri;

- facilitare la conoscenza delle regole carcerarie, diritti e doveri dei detenuti anche attraverso predisposizione di materiale in lingua per detenuti stranieri extracomunitari al fine di agevolare l'inserimento nel contesto di vita carceraria.

Linee di intervento su “Tossicodipendenza femminile, maternità e infanzia”:

- realizzare interventi di recupero e protezione sociale per la tossicodipendenza femminile, la maternità e la tutela di minori figli di tossico/alcolodipendenti attraverso la diffusione delle informazioni circa gli effetti indotti sul feto dal consumo di sostanze in gravidanza;

- definire le modalità assistenziali attente alla specificità femminile, il recupero della dimensione materna, il monitoraggio delle situazioni problematiche e a rischio per l'integrità della salute psicopatologica dei minori;

- estendere la rete di protezione socio sanitaria di facile accessibilità in grado di intervenire in modo coordinato.

Per la realizzazione delle azioni del settore è importante il coinvolgimento, in fase di programmazione e attuazione degli interventi, dei Servizi pubblici interessati e degli Enti Ausiliari iscritti all'Albo Regionale di cui alla *legge regionale n. 54/1993* nonché di quanti operano nel settore a vario titolo.

Obiettivi di periodo:

breve termine:

- promuovere il coordinamento, a livello regionale, dei servizi territoriali;
- rivedere i requisiti funzionali ed analizzare le metodologie d'intervento dei servizi residenziali e semiresidenziali esistenti al fine di migliorare l'integrazione con il livello ambulatoriale e tra sistema pubblico e privato nelle fasi di pre-ingresso (tempi di attesa) di permanenza (utilizzo del sistema informativo regionale tossicodipendenze SIRT) e di uscita (dimissioni programmate);
- revisione azione programmata sui servizi e sulle problematiche alcolcorrelate;
- analizzare i bisogni di cura per patologie da cocaina, per minorenni, per coppie, e definire gli standard minimi per l'adeguata assistenza ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale;
- assicurare il sistematico utilizzo del S.I.R.T. nel sistema regionale delle dipendenze;
- favorire i necessari rapporti tra S.d.S. (o articolazioni zionali delle Conferenze dei Sindaci) e il livello territoriale per l'interpretazione dei dati, epidemiologici e di attività, e per la pianificazione degli interventi;
- definire linee-guida per azioni da realizzare in forma omogenea sul territorio regionale nell'ambito della prevenzione primaria, dell'inserimento lavorativo e del sostegno abitativo;
- sperimentare un sistema di omogeneo indicatori, epidemiologici e di processo, per la valutazione del fenomeno e dell'offerta;
- concludere entro il 2007 il percorso formativo per le patologie da cocaina ed avviare le sperimentazioni per quanto riguarda le terapie farmacologiche;
- avviare in forma sperimentale centri specialistici di riferimento per patologie da cocaina, anche concomitanti all'abuso/dipendenza da alcol;
- monitorare il processo di accreditamento dei SERT regionali al fine di assicurare l'omogeneità della sua realizzazione.

medio-lungo termine:

- analisi delle necessità e della fattibilità per l'introduzione nei livelli essenziali di assistenza delle nuove patologie emergenti e, in particolare, delle dipendenze non correlate a sostanze (gioco d'azzardo patologico, dipendenze da internet, videogiochi, tabagismo, ecc.);
- estensione in ambito regionale dei sistemi di sorveglianza delle droghe in circolazione e dei comportamenti di abuso.

Strumenti:

- coordinamento a livello regionale dei Servizi territoriali;
- gruppo regionale di coordinamento tecnico intersettoriale sul tabagismo;
- gruppo tecnico, pubblico/privato sociale, per il Monitoraggio della sperimentazione di cui alla *Delib.G.R. n. 1165/2002* e alla *Delib.G.R. n. 143/2005*;
- tavolo regionale Alcol e Terzo Settore;
- Centro Alcológico Regionale;
- progetti Nazionali di cui la Regione Toscana è Capofila;
- cooperazione con le varie agenzie pubbliche e del terzo settore;

- atti deliberativi della GRT per il coordinamento a livello regionale dei servizi territoriali e dell'offerta di le nuove tipologie di servizi, di nuovi strumenti di valutazione del fenomeno e dell'offerta assistenziale, delle integrazioni delle prestazioni e dei sistemi di sorveglianza;
- linee-guida per l'attivazione di centri specialistici di riferimento per patologie da cocaina, anche concomitanti all'abuso/dipendenza da alcol;
- linee-guida per la prevenzione primaria da realizzare sul territorio regionale;
- regolamento attuativo per i fondi destinati agli interventi di avvio al lavoro dei tossico/alcolodipendenti in remissione;
- Consulta Nazionale sulle Tossicodipendenze;
- Consulta Nazionale sull'Alcol;
- tavoli interregionali/ministeriali tematici;
- protocolli operativi per la gestione coordinata ed integrata delle situazioni di doppia diagnosi, anche in condizioni di emergenza.

Risorse:

- risorse determinate dalla spesa storica sanitaria e sociale per le dipendenze;
- risorse derivanti dal fondo per la formazione socio-sanitaria;
- risorse derivanti da assegnazioni dei competenti Ministeri (Salute e Solidarietà Sociale) alla Regione Toscana in qualità di Regione capofila e/o partner di progettualità nazionali sulle dipendenze da sostanze illegali e legali (alcol e tabacco);
- risorse derivanti dalla legge regionale sul Tabagismo e da progettualità nazionali alle quali la Regione Toscana aderisce.

7.13. La tutela della salute mentale

L'aumento del numero di persone con disturbi mentali e la complessità del fenomeno richiede un'alta capacità dei soggetti istituzionali di farsi carico in maniera adeguata delle problematiche della salute mentale. L'adeguatezza e la qualità delle risposte è strettamente connessa alla capacità di elaborare programmi comuni pienamente condivisi e di promuovere azioni nelle quali convergono risorse diverse e si armonizzano competenze e professionalità.

In linea con gli indirizzi del precedente Piano Integrato Sociale Regionale e con gli obiettivi contenuti nel Piano Sanitario Regionale 2005-2007 approvato con *Delib.C.R. 16 febbraio 2005, n. 22* e nella *legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40* - Disciplina del servizio sanitario regionale e nella *legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41* - Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale, è necessario rafforzare l'integrazione dei servizi sanitari e sociali e promuovere la sinergia delle risorse, in un'azione coordinata e condivisa tra Aziende unità sanitarie locali e Comuni, con il contributo di volontariato, auto aiuto e terzo settore.

La Regione Toscana, oltre a potenziare il sistema dei servizi pubblici per la salute mentale nelle sue diverse articolazioni incoraggia e sostiene sul territorio regionale quelle realtà del privato sociale, del volontariato, dell'associazionismo e dell'auto-aiuto che, liberamente, hanno scelto di dedicarsi ad un settore così delicato ed importante per l'intera collettività.

Per il triennio di validità del presente Piano, la Regione Toscana si propone pertanto di consolidare il processo di integrazione tra servizi sanitari e sociali e di favorire la programmazione unitaria pubblica delle azioni con l'obiettivo di garantire qualità e appropriatezza dei percorsi e delle prestazioni assistenziali per una più efficace azione di tutela della salute mentale.

Le politiche regionali sull'integrazione socio-sanitaria devono, in particolare, mirare alla promozione della salute mentale e alla prevenzione e individuazione precoce del disturbo attraverso l'informazione e la realizzazione di iniziative socio culturali e di gruppo. È necessario proseguire in modo sistematico l'azione di prevenzione del disagio psichico attraverso strategie a lungo termine nelle strutture di comunità (scuole, luoghi di lavoro, luoghi di aggregazione), mettendo in atto iniziative che incidano sui processi culturali relativi alle relazioni emotivo-affettive e alle reazioni agli eventi stressanti ed alle malattie.

L'azione integrata tra sanitario e sociale deve assicurare la presa in carico multidisciplinare e percorsi terapeutico riabilitativi personalizzati dei minori con disturbi psichici, neurologici e neuropsicologici e degli adulti con disturbi psichici con particolare attenzione alle persone che soffrono in solitudine rifiutando ogni tipo di assistenza, e alle loro famiglie.

Appare inoltre indispensabile migliorare e rafforzare i percorsi di autonomia e di reinserimento sociale delle persone con patologie mentali ampliando le loro possibilità abitative e di lavoro.

Ad oggi infatti le risposte a tali diritti di cittadinanza sono ancora troppo parziali e non sufficienti rispetto ai bisogni. Le carenze evidenziate creano grosse difficoltà alla realizzazione di concreti percorsi riabilitativi e le offerte tendono ad essere di tipo assistenzialistico piuttosto che di reale recupero delle potenzialità delle persone.

Occorre inoltre sviluppare una maggiore attenzione allo stato di salute generale delle persone affette da malattie mentali promuovendo azioni che consentano di migliorare il loro "stile di vita" e prevenendo l'insorgere delle malattie fisiche attraverso appropriati interventi di valutazione delle condizioni generali di salute delle persone.

Per il prossimo triennio si prevede lo sviluppo di azioni di verifica e valutazione delle capacità di ciascun presidio socio-sanitario dedicato alla tutela della salute mentale di produrre prestazioni appropriate ed efficaci in relazione a quanto disposto dalla *L.R. 23 febbraio 1999, n. 8* e successive modificazioni e dalla *L.R. 24 febbraio 2005, n. 41*, in materia di accreditamento delle strutture.

Nell'ambito delle finalità complessive per le azioni a tutela della salute mentale ed in continuità con la precedente programmazione sociale e con quella sanitaria, gli obiettivi prioritari sono:

- promuovere il coordinamento, a livello regionale, dei servizi territoriali;
- favorire l'integrazione dei servizi e la più ampia partecipazione delle associazioni di utenti e dei familiari nella definizione dei programmi e nella realizzazione di azioni per la salute mentale;
- assicurare la presa in carico dei minori con disturbi psichici, neurologici e neuropsicologici e degli adulti con disturbi psichici nonché la realizzazione del progetto terapeutico-riabilitativo individuale definito in stretta integrazione tra le diverse professionalità;
- sviluppare competenze e capacità degli operatori per rafforzare il loro ruolo professionale;
- potenziare gli interventi di riabilitazione e reinserimento sociale delle persone affette da malattia mentale con particolare attenzione alla valorizzazione delle loro capacità e dei loro punti di forza;
- garantire idonee soluzioni abitative alle persone con disturbi mentali con particolare attenzione a coloro che hanno concluso il percorso assistenziale personalizzato nelle strutture residenziali per la salute mentale sostenendone i percorsi di autonomia;
- sviluppare e rafforzare gli interventi diretti a favorire l'inserimento al lavoro delle persone con problemi di salute mentale;
- promuovere la prevenzione ed il trattamento delle malattie fisiche dei pazienti psichiatri;
- favorire la crescita delle Associazioni e dei gruppi di auto mutuo aiuto e la sperimentazione di servizi con modalità di partecipazione attiva delle persone utenti della salute mentale per

consolidare e rafforzare il processo avviato nel periodo di vigenza del precedente Piano integrato sociale regionale;

- sostenere le azioni di promozione della salute mentale e di prevenzione e individuazione precoce del disagio psichico a partire dall'infanzia e dall'adolescenza;
- sviluppare una cultura basata sui valori della solidarietà e del mutuo aiuto.

Le azioni:

1. Interventi finalizzati a realizzare nuove soluzioni residenziali abitative per favorire i percorsi di autonomia e di reinserimento sociale delle persone con patologie mentali:

- attivare e sostenere dei progetti sperimentali diretti a potenziare il diritto ad abitare delle persone con disturbi mentali anche attraverso azioni integrate con le famiglie ed i gruppi di auto aiuto degli utenti;
- garantire la riserva di quote di alloggi di edilizia residenziale pubblica per le persone utenti dei servizi di salute mentale;
- favorire la realizzazione di progetti di inserimenti eterofamiliari assistiti;

2. Attivazione di percorsi lavorativi delle persone con problemi di salute mentale:

- sviluppare tirocini di formazione in situazione lavorativa con borse lavoro;
- realizzare accordi di programma e convenzioni con le Province per la gestione della *legge n. 68/1999*;
- attivare nuove esperienze di lavoro nel campo del turismo sociale, dell'agricoltura, dell'artigianato, della ricerca e della comunicazione e di ogni altra forma di impresa sociale;
- consolidare e rafforzare le cooperative sociali di tipo B già attive sul territorio;

3. Salute mentale e carcere:

- attuare il protocollo d'Intesa Regione Toscana/Provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria (Prap) Toscana di cui alla *L.R. 2 dicembre 2005, n. 64*, relativamente alla tutela della salute mentale in carcere, come indicato nel paragrafo 7.16 del presente Piano Integrato Sociale Regionale;

- sostenere i percorsi socio-assistenziali delle persone affette da turbe psichiche detenute o internate in Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG) con particolare attenzione all'attivazione di nuovi programmi di inserimento al lavoro e favorire i progetti diretti alla loro deistituzionalizzazione;

4. Infanzia e adolescenza:

- sviluppare progetti di prevenzione e favorire l'individuazione precoce del disturbo mentale con particolare riferimento alla prevenzione primaria anche attraverso progetti che coinvolgano le scuole e i servizi rivolti ai giovani;
- completare l'organizzazione della rete dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza;
- definire i percorsi di accoglienza e cura delle situazioni di disagio nell'infanzia e adolescenza con particolare attenzione all'emergenza e alle crisi acute in età adolescenziale e ai trattamenti terapeutico riabilitativi ad alta intensità assistenziale;

5. Percorsi assistenziali e di cura per persone affette da disturbi del comportamento alimentare (DCA):

- completare la rete dei servizi per la prevenzione, cura e riabilitazione dei DCA come indicato nelle linee-guida di cui alla *Delib.G.R. 18 aprile 2006, n. 279*;

- valutare l'opportunità di avviare la sperimentazione di una struttura residenziale specificatamente dedicata ai DCA;

- favorire la conoscenza dei servizi e dei percorsi assistenziali nell'ambito della comunità di riferimento;

6. Interventi diretti a sostenere percorsi di autonomia degli utenti, a rafforzare il ruolo dell'auto-aiuto psichiatrico e a sviluppare reti informali per la salute mentale:

- prosecuzione del progetto "Mare, costa e dintorni, Il viaggio" - percorsi di autonomia per persone con problemi di salute mentale e disabili;

- sostegno alla Rete regionale toscana degli Utenti della Salute Mentale;

- sperimentazione di modalità assistenziali per pazienti affetti da malattia mentale che prevedano un ruolo attivo da parte degli stessi utenti;

7. Sostegno alle famiglie al cui interno è presente un componente che soffre di patologie psichiatriche:

- potenziare le offerte di assistenza domiciliare integrata;

- realizzare iniziative dirette a sperimentare un sistema di vita extra familiare, anche per brevi periodi limitati;

- sviluppare i interventi psico-educativi integrati per le famiglie di pazienti affetti da patologie mentali;

- sostenere i familiari delle persone con celebrosioni acquisite;

8. Riabilitazione e socializzazione:

- potenziare gli interventi diretti a riconoscere le capacità e le abilità della persona e a favorire l'acquisizione di nuove abilità;

- sviluppare progetti diretti a favorire il superamento della solitudine ed il benessere personale e ad allargare la rete relazionale e sociale delle persone con problemi di salute mentale che prevedono un'azione congiunta tra soggetti pubblici e privati della comunità sociale di riferimento;

9. Interventi diretti a migliorare i percorsi di presa in carico e di assistenza integrata delle persone con disturbi dello spettro autistico:

- individuare precocemente il disturbo;

- realizzare la presa in carico della persona con valutazione funzionale e definizione del percorso assistenziale personalizzato da parte dell'equipe multiprofessionale;

- definire e qualificare la rete integrata dei servizi per la cura, riabilitazione e assistenza dei disturbi dello spettro autistico con particolare attenzione allo sviluppo di interventi coordinati e qualificati per i minori, al potenziamento delle risposte assistenziali per gli adulti affetti da tali patologie e ai bisogni specifici delle famiglie;

10. Interventi sperimentali volti a sostenere pazienti stranieri affetti da patologie psichiatriche con attenzione ad una formazione specifica degli operatori;

11. Interventi coordinati tra servizi territoriali ed ospedalieri per la prevenzione, individuazione precoce e risposta assistenziale alle situazioni di depressione precoce post-partum e alla salute mentale perinatale;

12. Formazione dei professionisti coinvolti nel percorso assistenziale con particolare attenzione a migliorare la capacità di conduzione integrata del progetto assistenziale personalizzato, tenendo conto degli aspetti terapeutico riabilitativi e delle conoscenze sui metodi di valutazione e miglioramento della qualità dei servizi.

Obiettivi di periodo:

breve termine:

- promuovere il coordinamento, a livello regionale, dei servizi territoriali;
- avviare percorsi integrati per la valutazione ed il miglioramento delle procedure per l'inserimento al lavoro delle persone con patologie psichiatriche e con disabilità psichica;
- individuare i criteri regionali integrati per la programmazione dell'offerta abitativa da alimentare con l'edilizia sociale;
- avviare una ricognizione sui rischi di mortalità dei pazienti affetti da patologia psichiatrica;
- attivare risposte specifiche sui temi della promozione della salute mentale mediante interventi preventivi età evolutiva.

medio-lungo termine:

- completare l'organizzazione della rete dei servizi per, l'infanzia e l'adolescenza ridefinendo i percorsi di accoglienza e cura, con particolare attenzione alle situazioni di emergenza e crisi acuta in età adolescenziale;
- completare la rete integrata dei servizi per la prevenzione e cura dei disturbi del comportamento alimentare;
- definire i percorsi integrati per l'individuazione precoce dei disturbi dello spettro autistico e per la definizione e qualificazione della rete integrata dei servizi per la cura, riabilitazione e assistenza delle persone con tali patologie;
- assicurare una programmazione integrata per la gestione dell'edilizia sociale;
- attivare e coordinare gli interventi a sostegno delle connesse alla salute mentale e al disagio psichico in carcere in attuazione della *L.R. 2 dicembre 2005, n. 64*;
- definire protocolli operativi con i SERT per la gestione e le situazioni di doppia diagnosi, anche in condizioni di emergenza;
- promuovere azioni atte a favorire l'uso appropriato dei farmaci e la sperimentazione di terapie non convenzionali.

Strumenti:

- linee programmatiche regionali per la definizione di percorsi integrati per l'individuazione e accoglimento precoce della sofferenza psichica dell'adolescente e per la realizzazione di una rete integrata di servizi per l'assistenza riabilitativa dei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva;
- linee programmatiche regionali per l'individuazione precoce dei disturbi dello spettro autistico e per la definizione della rete integrata dei servizi per la cura, riabilitazione e assistenza delle persone affette da tali patologie;
- linee programmatiche regionali integrate per l'edilizia sociale;
- programma regionale per la promozione degli stili di vita;
- programma regionale integrato di comunicazione sulla salute;
- programma regionale integrato per l'educazione alla salute;
- piano degli investimenti per le strutture sociali;
- progetto di ricerca sulla mortalità nei pazienti che accedono ai servizi dei dipartimenti di salute mentale;

- progetto di ricerca su modalità di accoglimento della coppia madre-bambino nei disturbi psichici materni/genitoriali, con riferimento alla valutazione diagnostica e all'intervento terapeutico;
- progetto di ricerca sul monitoraggio dell'attuazione della rete integrata di servizi per la prevenzione e cura dei disturbi del comportamento alimentare;
- progetto di ricerca sui tentati suicidi e sui suicidi.

Risorse:

- quote dei fondi sanitario e sociale regionale;
- quota del Fondo per la non autosufficienza, a seguito dello sviluppo del relativo progetto;
- risorse integrate dell'edilizia sociale e dei vari fondi strutturali regionali.

7.14. La tutela materno-infantile

La tutela materno-infantile attraversa ambiti di intervento diversificati propri di servizi sanitari e sociali nonché di enti e associazioni che a vario titolo e con specifiche competenze, di fronte a bisogni di accoglienza e sostegno, offrono risposte purtroppo non sempre coordinate fra loro.

Lo sforzo deve essere pertanto prioritariamente incentrato nel monitorare e potenziare non solo la capacità dei servizi pubblici di rispondere in maniera adeguata ma anche la capacità di costruire un sistema di rete.

Nell'ambito delle attività per la tutela materno-infantile, occorre pertanto qualificare gli interventi che la rete dei consultori toscani può realizzare nell'ambito della loro funzione di alta integrazione socio-sanitaria anche attraverso le società della salute. Inoltre occorre attivare modalità di coordinamento, a livello regionale, dei servizi territoriali.

7.14.1 Le attività consultoriali

L'impronta sanitaria tipica dei consultori, così come si è andata prevalentemente configurando, necessita di una integrazione con le originali finalità, che occorrerà recuperare per rivalorizzare il Consultorio come luogo di riferimento per le politiche della famiglia e della coppia, di sostegno alla maternità e paternità consapevoli e per l'azione di prevenzione, nonché per la funzione educativa e consulenziale rivolta ai nuclei genitoriali.

La prospettiva di intervento deve tendere alla valorizzazione delle potenzialità e risorse delle persone e dei nuclei familiari coinvolgendo attivamente tali soggetti nel percorso di superamento di disagi e difficoltà. In quest'ottica i consultori sono chiamati a svolgere un ruolo di "prevenzione formativa" nei confronti della popolazione e dei soggetti afferenti al sistema di servizi e prestazioni, garantendo le competenze e le professionalità necessarie all'interno delle strutture consultoriali.

Nell'ambito delle attività consultoriali è promossa l'integrazione con i servizi che operano sul territorio per il sostegno alle famiglie, alle coppie e alle persone, all'età evolutiva e della prima infanzia, alle forme di contrasto alla violenza su donne e minori e all'integrazione multiculturale, anche attraverso protocolli di intesa che sanciscano percorsi di accoglienza, tutela e presa in carico di problematiche che per la loro natura necessitano di un approccio multi disciplinare.

Nell'ambito del sistema integrato, il consultorio si qualifica quindi come punto di snodo di carattere trasversale - per l'incidenza con molti degli interventi di settore dell'area sociale, socio-sanitaria e socio-educativa (donne, minori, famiglie, coppie, immigrati, ecc.).

Obiettivi:

- garantire attività socio-sanitarie con la definizione di specifici percorsi personalizzati a sostegno:

a) della maternità e paternità consapevole, compreso il sostegno alle donne che intendono avvalersi della possibilità di partorire in anonimato;

b) delle donne in gravidanza che si trovano in situazioni di difficoltà;

c) della coppia e delle famiglie;

d) delle donne in menopausa;

e) dell'adolescente-giovane;

f) dei cittadini di diverse culture.

- promuovere azioni di informazione e prevenzione con linguaggi e modalità adeguati a raggiungere tutti i soggetti e le istituzioni presenti sul territorio;

- favorire l'orientamento e l'accesso alla fruizione degli interventi sanitari e socio-assistenziali per le donne in gravidanza che si trovano in situazioni di difficoltà, segnalando ai servizi territoriali anche azioni che, pur nel rispetto del principio di autodeterminazione della donna, siano finalizzate al superamento delle cause che possano indurre verso la scelta dell'interruzione di gravidanza;

- favorire il raccordo con i servizi deputati alla consulenza ed assistenza, anche legale, al fine di garantire e sostenere i diritti della donna in gravidanza;

- promuovere attività di sostegno all'assunzione delle responsabilità genitoriali;

- informare sulle procedure per affidamento ed adozione.

Azioni:

- diffusione nella rete dei consultori delle funzioni di "mediazione familiare" e di "mediazione culturale";

- sviluppo di percorsi sanitari e socio-assistenziali integrati per il sostegno alle donne in gravidanza che si trovano in situazioni di difficoltà, alle famiglie, ai minori e giovani e alle persone con problematiche legate al disagio da abusi, maltrattamenti, violenze, disturbi alimentari;

- sviluppo di azioni di promozione dei servizi in risposta ai bisogni sanitari e socio-assistenziali espressi da persone di diverse culture, anche attraverso il potenziamento degli interventi di mediazione culturale e il sostegno a progettazioni in rete con le associazioni;

- sviluppo di linee-guida e percorsi per una sempre maggiore diffusa capacità relazionale nell'assistenza alla maternità;

- formazione integrata per azioni collegate alla crescita della capacità relazionale degli operatori del settore materno infantile nel percorso nascita;

- sostegno alla realizzazione di gruppi di auto-aiuto nel settore maternità, disagio giovanile, famiglie in difficoltà;

- promozione, sulla base di appositi regolamenti e per i fini previsti dalla legge in materia, di progettazioni e protocolli di intesa con associazioni del volontariato, anche al fine di aiutare la maternità difficile dopo la nascita;

- promozione di numeri verdi per la segnalazione di situazioni critiche o per la richiesta di consulenza nei settori di cui sopra;

- promozione di un coordinamento regionale delle varie iniziative di Consultori on-line;

- promozione di iniziative di confronto delle progettualità in corso a livello Aziendale (Giornate Consultori);

- promozione di iniziative sperimentali nel settore dell'assistenza alla famiglia, coppie e persone, a partire dall'assistenza in puerperio: (assistenza psicologica alla donne in depressione post-parto o post-IVG, gruppi auto-aiuto, consulenza legale, incontri di informazione sulle problematiche connesse alla coppia e ai figli, sostegno alle donne in menopausa, ecc.);

- campagne informative e pubblicazione di opuscoli di supporto alle attività consultoriali realizzate in rete con altri servizi;

- interventi di sostegno alla genitorialità attraverso attività di sensibilizzazione, formazione e orientamento sulle tematiche connesse allo sviluppo e al potenziamento delle capacità relazionali ed educative dei nuclei genitoriali;

- sviluppo di attività consultoriali a favore degli adolescenti.

7.15. La tutela della salute delle persone socialmente fragili

Per tutelare le persone in condizioni di vulnerabilità sociale e povertà estrema, la Regione Toscana intende promuovere "l'obiettivo salute" proseguendo sulla strada da tempo intrapresa di rendere più diffusa possibile l'informazione dei servizi resi dal SSN. Al fine di assicurare a queste categorie l'assistenza sanitaria, prevista con l'iscrizione al servizio sanitario, dovranno essere poste in essere azioni di contrasto all'esclusione e all'isolamento dalla collettività, in modo da creare le condizioni che rendono possibile la tutela della loro salute.

In questo ambito, è fondamentale la tutela della salute degli immigrati in condizioni di fragilità, anche al fine di salvaguardare la loro incolumità personale e quella della comunità.

In aggiunta all'erogazione di servizi d'emergenza e di prima accoglienza e comunque alle cure urgenti e necessarie, i livelli di tutela della salute per gli immigrati, compresi quelli non in regola con le norme sull'ingresso e sul soggiorno, dovranno essere assicurati nel rispetto delle diverse identità di cittadini provenienti da vari Paesi del mondo.

In tale contesto, le Aziende dovranno porsi i seguenti obiettivi:

- sviluppare strumenti epidemiologici per il riconoscimento e la valutazione dei bisogni delle persone in condizioni di vulnerabilità sociale e di povertà estrema;

- attivare progetti finalizzati a rispondere ad esigenze specifiche, nell'ambito della tutela della salute, rivolti a persone socialmente fragili;

- avvalersi, nell'ambito degli accordi, del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta per l'erogazione di cure primarie anche a soggetti stranieri non iscritti al servizio sanitario;

- sviluppare iniziative di tutela delle donne, dei minori, della gravidanza e puerperio rivolte a persone fragili e in condizioni di povertà estrema;

- garantire il proprio apporto e le cure previste nell'ambito di progetti di cooperazione internazionale;

- facilitare il reinserimento sociale e lavorativo di persone fragili e in condizioni di povertà estrema in trattamento presso i SERT e presso le strutture psichiatriche, anche con la loro presa in carico, in fase di dimissione ospedaliera protetta;

- adeguare i propri servizi alla crescente richiesta da parte di cittadini stranieri, al superamento delle difficoltà di accesso a volte riscontrate ed alla necessità di interventi mirati a specifiche realtà etniche e culturali;

- garantire la distribuzione di guide, anche in lingue straniere, per l'informazione sui servizi offerti, favorendo altresì lo sviluppo dei servizi di interpretariato e di mediazione culturale;

- favorire azioni di formazione all'interculturalità per gli operatori socio-sanitari, affinché le prestazioni siano adeguate ai bisogni dell'utenza e il personale sia sensibilizzato nei confronti di diverse culture e sistemi di cura;

- incrementare l'informazione e l'educazione alla salute, in particolare su tematiche relative ai luoghi di lavoro, alla salute collettiva, alla prevenzione delle malattie infettive;

- favorire scambi culturali con i Paesi di più ampia tradizione immigratoria per la gestione delle più significative tematiche interculturali in sanità.

7.16. Il carcere e la salute

I principi enunciati dal *D.Lgs. n. 230/1999* inerente la riforma del sistema sanitario penitenziario, orientati verso una attenzione ai problemi del detenuto, visto come persona cui deve essere garantito il diritto primario della salute, sono stati fatti propri dalla Regione Toscana attraverso lo svolgimento della funzione di Regione impegnata nella "sperimentazione", ai sensi dell'*art. 8 comma 2 del D.Lgs. n. 230/1999*. In tale ottica le iniziative assunte in Toscana sono state il frutto di un'importante opera di confronto e di collaborazione con il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria (PRAP) e con il Centro di Giustizia Minorile Toscana e Umbria (CGM).

In ragione di quanto premesso, è stata approvata la *legge regionale n. 64/2005* recante "Tutela del diritto alla salute dei detenuti e degli internati negli Istituti penitenziari ubicati in Toscana".

Pertanto la Regione Toscana, al fine di dare attuazione alla *L.R. n. 64/2005*, anche attraverso appositi accordi con il PRAP e il CGM, si assume l'impegno di:

- riconoscere, in attuazione dell'art. 3 e dell'art. 32 della Costituzione, il principio fondamentale di parità di trattamento, in tema di assistenza sanitaria, degli individui liberi ed, degli individui detenuti ed internati negli Istituti penitenziari toscani, sia per quanto attiene l'area adulti, sia per quanto attiene l'area minori;

- riconoscere il principio di leale collaborazione interistituzionale, quale strumento essenziale per l'attuazione dei dettati costituzionali, in tema di sanità penitenziaria, al fine di garantire contemporaneamente la tutela della salute e del recupero sociale dei detenuti e degli internati, nonché la esigenza di sicurezza all'interno degli Istituti penitenziari e dell'Istituto penale per minorenni;

- condividere le procedure di concertazione, previste dalle norme sulla programmazione sanitaria toscana, quale sistema necessario per l'attuazione di quanto dettato dal testo di legge, ed individuazione di modelli operativi di base il più possibile omogenei per l'intero territorio toscano, nel rispetto delle diverse caratteristiche degli Istituti penitenziari e dei relativi rapporti con le Aziende sanitarie;

- riconoscere ed attuare il principio della Continuità dei percorsi terapeutici, in conformità a quanto recepito nella prassi operativa del Sistema Sanitario Regionale. Il Sistema Integrato (tra SSR, Amm. Penit. e Giustizia Minorile) di Presa in Carico delle problematiche di salute dei detenuti dovrà garantire che sia la rilevazione dei bisogni di salute, sia la costruzione dei relativi ed appropriati percorsi di risposta operativa siano improntati a logica e funzionalità conseguente. In particolare la Regione Toscana, tramite le sue articolazioni operative (Aziende Sanitarie ed Aree Vaste) si impegna a governare il percorso di presa in carico complessivo, seppur in stretta e leale collaborazione con la Sanità Penitenziaria, mentre l'Amministrazione Penitenziaria e la Giustizia Minorile si impegna a garantire l'adeguato supporto logistico-organizzativo, anche alla luce delle necessità di sicurezza di cui è titolare, segnalando, altresì, agli organi centrali dell'Amministrazione Penitenziaria il superamento dei limiti di capienza tollerabile delle carceri toscane;

- condividere il principio di partecipazione diretta dei detenuti alle attività di prevenzione, cura e riabilitazione, con particolare riguardo ai percorsi di preparazione all'uscita, anche tramite

interventi orientati al recupero del ruolo di cittadinanza e con il coinvolgimento delle associazioni del terzo settore.

A tali fini si ritiene necessario procedere secondo le seguenti modalità operative:

- attivazione di un Osservatorio Regionale permanente sulla sanità penitenziaria, cui parteciperanno attivamente e congiuntamente la Regione e l'Amministrazione Penitenziaria e la Giustizia Minorile (PRAP e CGM); a tale scopo si incentiverà la realizzazione e fattiva messa a regime dello strumento della cartella clinica informatizzata;

- riconduzione ad unità e coordinamento, favorendo l'intervento delle Aree vaste, delle iniziative di integrazione e potenziamento dei Servizi Sanitari Penitenziari, già adottate soprattutto in merito ai settori della prevenzione e della assistenza ai detenuti e agli internati tossicodipendenti e affetti da disturbi psichici, implementando, altresì, il sistema delle buone prassi e delle linee-guida;

- riorganizzazione del sistema sanitario penitenziario, con conseguente redazione del Progetto Obiettivo regionale (di cui all'*art. 3 della L.R. n. 64/2005*), secondo i principi già definiti negli impegni precedentemente assunti, e con particolare riguardo al personale sanitario già dipendente dal Ministero della Giustizia, individuando e condividendo, nello specifico, un percorso integrato (Aziende Sanitarie, Aree Vaste, Amministrazione Penitenziaria e Giustizia Minorile) per la costruzione di un sistema di Presa in carico regionale della sanità penitenziaria toscana;

- creazione di un Gruppo paritetico rappresentativo che agisca da Comitato regionale con funzione di coordinamento e verifica del percorso integrato di applicazione della legge. Il Comitato, in una ottica di ampliamento del concetto di Salute (OMS), si porrà in costante collegamento con le iniziative intraprese dal Presidente della Giunta regionale, tese a realizzare, mediante il coinvolgimento dei diversi Assessorati regionali coinvolti, un momento di sintesi e confronto sulle diverse tematiche (sociali culturali, lavorative) inerenti l'universo Carcere;

- assunzione di iniziative per la definizione delle modalità, organizzative dell'"Ufficio regionale del Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale"; previsto all'*articolo 8 della legge regionale n. 64/2005*, al quale è demandato il compito di assumere le iniziative necessarie perché sia garantita la tutela della salute e la qualità della vita delle persone detenute e internate negli Istituti penitenziari toscani;

- promozione della istituzione di momenti di "Ascolto" e "Consultazione periodica" dei detenuti da parte di ogni singola Direzione degli Istituti Penitenziari e dell'Istituto penale per minorenni, congiuntamente all'Azienda sanitaria di riferimento ed al Garante dei detenuti laddove istituito, al fine di consentire un'adeguata partecipazione dei detenuti alla gestione della tutela della salute;

- coinvolgimento, pur nel rispetto delle singole autonomie e competenze, delle realtà territoriali del Volontariato e del Terzo Settore che agiscono a vario titolo nelle Carceri, anche mediante il coinvolgimento delle Società della Salute di riferimento.

In fase transitoria, saranno individuate alcune aree di intervento prioritarie, nell'ambito delle quali realizzare le iniziative di integrazione, di cui ai commi 2 e 3 dell'*art. 7 della legge regionale n. 64/2005* e precisamente:

- riorganizzazione del Servizio per la tutela della salute mentale in carcere per garantire, attraverso il coinvolgimento di tutte le professionalità che a vario titolo contribuiscono alla cura delle persone reclusi (agenti di Polizia Penitenziaria, assistenti sociali, educatori professionali, infermieri, medici, psicologi, psichiatri) e con il diretto coinvolgimento e interazione dei servizi per la tutela della salute territoriali, l'elaborazione, realizzazione e verifica di progetti di individuazione precoce del disagio e di presa in carico integrata del disturbo psichico secondo il percorso previsto dalle buone prassi e dalle linee-guida regionali. Il processo di riorganizzazione verrà sostenuto da

specifici percorsi formativi comuni per i professionisti attualmente impegnati nel carcere ed il personale dei servizi territoriali di salute mentale;

- implementazione di iniziative di sostegno dell'assistenza sanitaria all'interno dell'OPG di Montelupo Fiorentino e della CCCF di Sollicciano, favorendo progetti per la deistituzionalizzazione, sia durante l'esecuzione della misura di sicurezza, sia al termine della stessa, in condivisione con i servizi per la tutela della salute mentale di residenza, in attesa di una revisione complessiva della realtà degli OPG;

- revisione ed eventuale aggiornamento dei Protocolli di Intesa, già stipulati, per garantire una adeguata assistenza farmaceutica all'interno degli Istituti penitenziari toscani;

- adozione di iniziative tese ad incrementare l'assistenza tecnico-infermieristica, attraverso strumenti che riescano a garantire una implementazione delle unità professionali operanti o, altrimenti, ove possibile, del monte-ore prestato;

- potenziamento ed integrazione del Servizio medico di base, della continuità assistenziale e dell'accesso alle prestazioni specialistiche, anche mediante apposite convenzioni integrative del Servizio già presente in carcere con il sistema del SSR;

- attuazione di iniziative di formazione per gli operatori sanitari penitenziari, e dove necessario per il personale di Polizia Penitenziaria, al fine di favorire l'omogeneizzazione degli interventi alle metodiche del Sistema sanitario regionale;

- monitoraggio sull'andamento della presa in carico dell'assistenza sanitaria, in merito ai settori della prevenzione e della assistenza ai detenuti e agli internati tossicodipendenti, apportando, eventualmente, i necessari miglioramenti al Servizio.

(9) Intero paragrafo così sostituito dalla *Delib.C.R. 11 novembre 2009, n. 69*, come riportato nell'allegato A alla medesima deliberazione.

(10) Intero paragrafo così sostituito dalla *Delib.C.R. 11 novembre 2009, n. 69*, come riportato nell'allegato A alla medesima deliberazione.

(11) Intero paragrafo così sostituito dalla *Delib.C.R. 11 novembre 2009, n. 69*, come riportato nell'allegato A alla medesima deliberazione.

Allegato 1

Quadro conoscitivo

Sintesi dell'Osservatorio Sociale Regionale su materiali elaborati dall'IRPET per la relazione sociale.

La spesa sociale oggi

Un settore in forte evoluzione

Le prestazioni di assistenza sociale, come del resto buona parte degli interventi connessi allo stato sociale, sono andate moltiplicandosi e sovrapponendosi nel corso del tempo, in linea con la diffusione dei livelli di benessere, con l'aumento della domanda di "cura" e con l'allargamento dei diritti sociali costituzionalmente riconosciuti. Nel contesto delineato, tuttavia, il settore

dell'assistenza sociale è quello che presenta le maggiori difficoltà di definizione a causa della trasversalità delle sue prestazioni, confinanti di volta in volta con altri interventi settoriali.

La Toscana è tradizionalmente fra le regioni caratterizzate da un sistema di servizi socio-assistenziali molto capillare e all'avanguardia in tema di innovazioni organizzative, come del confermato prima dall'introduzione di un sistema integrato dei servizi, con la *L.R. n. 72/1997*, in anticipo sulla riforma nazionale del 2000, e poi dalla *L.R. n. 41/2005*.

Le risorse stanziare

Procedendo in maniera schematica, si possono individuare almeno 4 diversi livelli istituzionali, che contribuiscono al finanziamento della spesa sociale:

- l'Unione Europea, con le risorse stanziare per gli interventi di inclusione sociale;

- lo Stato, attraverso il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS, a carico del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali) e i trasferimenti ai Comuni (a carico del Ministero degli Interni);

- le Regioni, con i Fondi Regionali per l'Assistenza Sociale (FRAS), costituiti in parte dal trasferimento delle risorse del Fondo Nazionale, in parte da risorse proprie;

- i Comuni, con le risorse trasferite da Stato e Regione, cui aggiungono risorse proprie, derivanti da tributi e/o tariffe a carico delle famiglie, che rappresentano la quota più consistente nella copertura della spesa sociale.

È da segnalare, infine, che nei casi di domanda di interventi complessi, che richiedono la compresenza di competenze sia di ambito sanitario che sociale (l'area della cosiddetta alta-integrazione socio-sanitaria, in cui rientrano principalmente l'assistenza domiciliare e residenziale), le ASL partecipano alla spesa con risorse proprie, secondo quanto previsto nell'allegato 3 del Piano Sanitario Regionale.

Il passaggio dalla quantificazione dei singoli interventi alle risorse complessivamente stanziare, risulta di difficile elaborazione, sia perché non vi è una precisa corrispondenza temporale tra trasferimento dei fondi e loro effettivo utilizzo, sia perché gli stanziamenti effettivi a livello centrale possono divergere molto da quelli inizialmente programmati, sui quali i Comuni hanno commisurato gli interventi da erogare.

Un primo tentativo in questa direzione è rappresentato dalla prima indagine censuaria in Toscana sugli Interventi e i Servizi Sociali dei Comuni singoli o associati per l'anno 2003, elaborata dalla Regione nell'ambito della ricerca Istat sulla spesa sociale dei Comuni.

La composizione della spesa

Le informazioni raccolte con l'indagine censuaria sono suddivise in sette aree di utenza dei servizi:

- famiglie e minori
- disabili
- dipendenze
- anziani
- immigrati
- disagio adulti
- multiutenza.

La spesa complessiva per gli interventi e servizi sociali erogati dai Comuni e dagli enti gestori è ammontata a circa 415 milioni di euro, mentre la spesa pro-capite regionale si è attestata sui 117 euro circa, con oscillazioni dai 40 agli oltre 200 euro.

La spesa per interventi e servizi sociali erogati dai Comuni è stata gestita per il 74% direttamente dai Comuni, per il 21% dalle Asl, per il 4% dalle associazioni e solo per l'1% dalle comunità montane.

A livello regionale, si evidenzia come spesa più rilevante quella relativa a famiglie e minori, seguita da quelle verso gli anziani e i disabili, che restano comunque uno dei capitoli di spesa più consistenti (Graf. 1).

Grafico 1

Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni. 2003 [*]

[*] Fatta conto la spesa sociale toscana e quella nazionale, il grafico rappresenta la differenza percentuale per area d'intervento Fonte: Istat, Rilevazione Censuaria sugli interventi e i Servizi dei Comuni singoli o associati.

Tavola 1 e 2

Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati per area di utenza e zona socio-sanitaria anno 2003 (valori assoluti, percentuali e valori medi procapiti)

Circa il 77% della spesa afferente all'area Famiglie e minori è stata destinata agli asili nido, alle strutture residenziali e ai contributi economici; nell'area anziani il 77% della spesa è stata assorbita dalle strutture residenziali e dall'assistenza domiciliare mentre nell'area disabili il 47% dagli interventi e servizi educativo-assistenziali per l'inserimento lavorativo, dai centri diurni e dalle strutture residenziali.

Come è noto, la domanda di servizi in generale e quella di servizi sociali in particolare, varia in base alle caratteristiche socio-demografiche della popolazione, in primo luogo alla sua composizione per età, ma anche a fattori quali la presenza di popolazione straniera (che richiede servizi specifici di mediazione e inserimento nella comunità locale), il modello familiare prevalente e la diffusione della partecipazione delle donne al mercato del lavoro (la diminuzione dell'assistenza prestata ai soggetti più deboli all'interno delle famiglie fa crescere, come, è noto, la domanda di assistenza pubblica), il grado di diffusione di benessere e il livello socio-culturale (alla crescita del benessere sono in genere proporzionali le possibilità di compartecipazione alla spesa e l'aumento delle aspettative nei confronti del sistema di servizi). Infine, un ruolo rilevante è svolto dalle caratteristiche degli insediamenti territoriali: piccoli nuclei sparsi e agglomerati urbani presentano criticità e potenzialità di risposta sensibilmente diverse.

L'evoluzione demografica e le pressioni sulla spesa sociale

Tutte le trasformazioni demografiche in atto, così come le conseguenze che ne derivano, si traducono in una crescita dei bisogni e in un aumento della domanda di servizi, oltre a rappresentare un possibile fattore di pressione sulla sostenibilità dell'attuale modello di sviluppo economico e sociale. Vediamo più da vicino alcuni di questi fattori di pressione.

Una popolazione in crescita ma solo grazie alla componente straniera

La popolazione residente in Toscana (Graf. 2), dopo un lungo periodo di decrescita iniziato con i primi anni '80 (-2,3% tra il 1980 e il 2000), registra un consistente aumento nella prima metà degli anni 2000 (+3,6% tra il 2000 e il 2005) raggiungendo il valore di circa 3.620 mila residenti,

Grafico 2

Popolazione residente in Toscana. 1965-2005

Questo risultato è dovuto interamente alla componente straniera che, in seguito alla regolarizzazione del 2002, è emersa con forza sul complesso dei residenti.

Grafico 3

Popolazione residente in Toscana. Totale e italiani 1995-2005

I residenti di nazionalità italiana hanno perso, infatti, tra il 1995 e il 2005 circa 42 mila unità (-1,2%), e comunque è da considerare una leggera inversione di tendenza negli ultimi anni; da tenere sotto osservazione i residenti di altre nazionalità, che sono cresciuti di circa 164 mila unità, triplicando la propria presenza in un decennio e arrivando a rappresentare il 6% della popolazione totale, pari a 215 mila residenti a fine 2005.

Tale incidenza media raddoppia nelle classi di età più giovani: a fine 2004 infatti i bambini stranieri tra 0 e 4 anni, così come i giovani tra 20 e 35 anni, superano il 10% con punte del 13%.

È in costante crescita la quota di anziani che vivono da soli: secondo i dati dell'ultimo censimento, quasi 1/3 della popolazione ultra settantaquattrenne costituiva nucleo a sè. Si riduce invece la percentuale degli anziani in comunità, grazie al miglioramento delle condizioni di salute e all'impiego crescente di badanti.

Nel prossimo futuro, pur con il consistente apporto delle presenze di giovani stranieri l'invecchiamento della popolazione non rallenterà e la fascia di giovani tra 25 e 39 anni di età risulterà sensibilmente ridotta (-92 mila in 10 anni e meno 127 mila in 20).

Il numero di famiglie è costantemente aumentato e si è progressivamente ridotto il numero medio di componenti. La minore dimensione delle famiglie è dovuta alla continua crescita delle famiglie costituite da una sola persona e dalla diminuzione del numero di figli.

Il numero di famiglie in Toscana è aumentato dal 1991 al 2001 di 122 mila unità (+9,7%), che sono rappresentate all'83% da single (+101mila) e, in particolare, per circa il 40% da anziani soli (+49 mila) e per il 27% da single con meno di 45 anni (+23 mila).

Anche la crescita di separazioni e divorzi è causa dell'aumento delle famiglie unipersonali; in particolare gli uomini soli tra 45 e 64 anni sono separati o divorziati per un terzo, mentre nel 1991 lo erano per un quarto.

Tra le donne questo aspetto si traduce invece in un aumento delle madri sole: nel decennio intercensuario le donne con meno di 45 anni che vivono sole con i figli passano da 24 mila a 34 mila, rappresentando l'11,6% delle donne di questa età con figli.

Insieme all'aumento dei "solitari" è continuata la riduzione delle famiglie "complesse"; ovvero formate da un nucleo con altre persone residenti (spesso i genitori anziani) oppure da due o più nuclei.

Per il prossimo futuro si attende un'ulteriore riduzione della dimensione media delle famiglie e una crescita del loro numero. Così come si avrà un ulteriore aumento della quota di popolazione che vive da sola.

Le criticità per il futuro: approfondimenti

La non autosufficienza

Premessa

Il fenomeno recente di maggior rilievo è certamente quello dell'invecchiamento della popolazione e della conseguente domanda di servizi di supporto. Finora si è riusciti a rispondere adeguatamente al bisogno con la riorganizzazione dei servizi pubblici e la previsione di interventi molto diversificati, che vanno dalle attività di socializzazione alle residenze assistite, ma anche con il forte contributo dato dalle famiglie, in termini di risorse economiche e soprattutto di auto-aiuto fornito ai propri membri più deboli.

Attualmente in Italia la popolazione con più di 65 anni rappresenta il 18% della popolazione totale; recenti proiezioni demografiche Istat mostrano come tale percentuale arriverà al 25% nel 2020 (Istat, 2005). Occorre tuttavia osservare che nel corso degli anni si sono registrati miglioramenti nelle condizioni di salute per ogni classe di età anziana. Negli ultimi decenni, inoltre, si è assistito ad un calo dell'incidenza di malattie croniche e in generale a miglioramenti in campo medico, assistiti da innalzamenti dei livelli di istruzione e da cambiamenti occupazionali. Tutto questo ha portato ad un calo della quota di persone incapaci di svolgere attività della vita quotidiana, soprattutto per le classi di età più avanzate.

Maggiori preoccupazioni emergono, invece, circa il grado di tenuta futura del sistema descritto, vuoi perché la domanda di servizi agli anziani sembra inevitabilmente destinata ad aumentare, traducendosi in un fabbisogno crescente di risorse economiche con conseguenze rilevanti per i bilanci pubblici e per le risorse destinabili agli altri settori di intervento, vuoi perché anche la rete di auto-aiuto familiare sembra destinata a indebolirsi nel prossimo futuro, a causa della progressiva riduzione delle dimensioni medie dei nuclei e della crescita dell'inserimento lavorativo da parte delle donne.

Tutto ciò porta a prevedere che il tasso di non autosufficienza non aumenterà con la stessa dinamica del tasso di incidenza della popolazione anziana, ma che si verificherà un aumento della domanda di assistenza formale a favore delle persone anziane non autosufficienti.

Le caratteristiche della non autosufficienza in Toscana

Considerando solo le situazioni di non autosufficienza e di non autosufficienza grave, attualmente ricevono assistenza meno di 30.000 soggetti, pari al 40% dei non autosufficienti.

Soltanto il 2% tra questi usufruisce di centri di assistenza diurni, mentre il 44% è ricoverato in Residenze Sociali Assistite (RSA) e il restante 54% è in assistenza domiciliare. La spesa pubblica relativa all'erogazione di tali prestazioni ammonta a 335 milioni di euro, cui si aggiungono 40 milioni di euro di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini, corrispondenti agli attuali 13.000 soggetti in RSA.

Grafico 4

Utilizzo della rete di assistenza per i non autosufficienti

I dati di una indagine sulle condizioni di vita delle famiglie toscane (ICVFT- 2002) permettono di analizzare le principali caratteristiche che il fenomeno della non autosufficienza assume in Toscana: quante sono le famiglie con familiari non autosufficienti, con chi vivono i non autosufficienti, chi si occupa di loro e, infine, qual è la percezione soggettiva che essi hanno delle loro condizioni di vita.

La presenza di familiari non autosufficienti riguarda una quota consistente (20%) delle famiglie toscane: il 17% delle famiglie ha infatti un familiare non completamente autosufficiente, che ha necessità di assistenza e cura, mentre il 3% ha due o più familiari in questa condizione. Anche se in questo gruppo di soggetti sono incluse le persone con gravi malattie e i portatori di handicap, la grande maggioranza delle situazioni di non autosufficienza è, come prevedibile, legata all'età. L'80% delle persone non autosufficienti ha, infatti, più di 65 anni e circa la metà è concentrata nella classe di età over 80.

Tabella 1

Distribuzione dei non autosufficienti per classi di età

	% frequenza
0-64 anni	20
65-79 anni	28
>80 anni	52

Fonte: elaborazioni IRPET su dati ICVFT

Prevalenti sono le malattie invalidanti, legate all'invecchiamento ma percepite come problemi di salute, che si concentrano nelle prime fasce delle età anziane: fra i 65 e i 79 anni (54%). Vi sono poi le patologie senili percepite come conseguenze dell'età, concentrate pertanto nelle età più anziane (31%). I portatori di handicap, concentrati nelle classi d'età non anziane, rappresentano nel complesso del campione il 16% dei non autosufficienti.

Le persone non autosufficienti sono solo raramente "istituzionalizzate"; il 5% dei non autosufficienti del campione intervistato vive stabilmente in case di riposo per anziani e il 2% in case di cura. La parte restante si divide egualmente fra chi vive nell'abitazione della famiglia intervistata e chi si trova presso un'altra abitazione privata.

Solo di fronte all'handicap e alle patologie senili più gravi e difficili da gestire le famiglie si adattano a ricoverare i familiari negli istituti di riposo e nelle case di cura. Vive infatti in istituto l'8% dei soggetti non autosufficienti con più di 80 anni e il 7% dei "non anziani" non autosufficienti; quest'esperienza è invece assai rara per gli anziani in età 65-80 anni, che hanno evidentemente problemi di salute di più facile gestione (3%). Nel complesso i 2/3 dei non autosufficienti che vivono in istituti ospedalieri, in case di cura e case di riposo per anziani hanno più di 80 anni.

Il mancato utilizzo di strutture di ricovero per i parenti non autosufficienti, per la maggior parte delle famiglie, dipende da una scelta considerata preferibile in base alle norme sociali. Vi è tuttavia

un gruppo non trascurabile di potenziali utenti che, in presenza di servizi ritenuti adeguati (4%) e soprattutto meno costosi (9%), dichiarano che farebbero ricorso a tali strutture. Il problema percepito da questi gruppi non è dunque quello di un'assoluta mancanza di posti, quanto quello di una mancanza di strutture che offrano un buon servizio a costi contenuti.

Occorre tuttavia note come il reddito influenzi la scelta di ricorrere o meno alle strutture di ricovero: l'indagine mostra come il reddito medio annuo equivalente delle famiglie che al momento dell'indagine hanno un familiare ricoverato sia maggiore della media dei redditi annui di tutte le famiglie che si occupano direttamente dell'assistenza e della cura dei familiari non autosufficienti.

In definitiva, le obbligazioni familiari - all'incrocio fra norme sociali e vincoli affettivi - "legittimano" il ricovero nelle strutture solo in condizioni di effettiva impossibilità di gestione dei familiari in difficoltà. Ma, di fronte a situazioni di effettiva non autosufficienza, il reddito influisce non soltanto sulle modalità di gestione privata degli anziani, ma anche sul ricorso alle strutture esterne, pubbliche o private.

Assai più elevato, rispetto all'istituzionalizzazione dei non autosufficienti in strutture assistenziali, è il ricorso all'aiuto di personale infermieristico, all'assistenza domiciliare e a quella dei centri di assistenza diurna, che coinvolge il 40% dei familiari degli intervistati.

L'uso di forme di assistenza privata è prevalente rispetto al ricorso a servizi pubblici. Occorre ricordare, a questo proposito, che i sistemi di welfare più evoluti si distinguono da quelli più deboli non tanto per la loro capacità di offrire posti nelle strutture residenziali, ma piuttosto sul terreno dell'offerta pubblica di assistenza domiciliare, ampliando, quindi, la libertà di scelta rispetto alla gamma dell'offerta pubblica.

Tabella 2

Distribuzione della popolazione non autosufficiente rispetto all'utilizzo delle varie forme di aiuto assistenziale

Valori percentuali

	% frequenza
Nessun aiuto	60,4
Aiuto esclusivamente pubblico	16,1
Aiuto esclusivamente privato	19,4
Aiuto pubblico e privato	4,1

Fonte: elaborazioni IRPET su dati ICVFT

La maggior preferenza accordata ai servizi privati è desumibile anche dal dato che lega tale scelta al reddito familiare: ricorre alle varie forme di assistenza privata non istituzionalizzata solo un terzo dei non autosufficienti con un reddito familiare annuo equivalente inferiore ai 15.500 euro, contro il 54% di coloro che hanno un reddito familiare equivalente superiore a tale soglia.

In definitiva, le famiglie toscane, nella maggior parte dei casi, fanno fronte da sole ai bisogni di cura e assistenza delle persone non autosufficienti, mettendo nel conto gravi costi economici, sociali e psicologici.

Per quanto riguarda la figura del care giver, di colui cioè che presta assistenza al non autosufficiente, i dati che emergono dall'indagine indicano che in un quarto delle famiglie intervistate tale ruolo è svolto da persone non familiari; i familiari che prestano assistenza - in maggioranza donne sembrano dedicarsi a tempo pieno a tale attività, in media 28 ore settimanali. Occorre sottolineare che l'età media delle persone di riferimento che offrono cura è assai elevata (circa 61 anni); tale circostanza, collegata a quella che vede i care givers come persone, in prevalenza, non occupate (è così per il 67%), fa emergere il legame con situazioni di pensionamento. La frequente condizione di non occupazione va generalmente ricondotta, oltre che all'età, alla precocità del pensionamento di queste generazioni, dovuta a un percorso scolastico breve, a esperienze di lavoro poco qualificate e alla diffusione delle pensioni di anzianità in queste coorti di età. Nel caso delle donne care giver, però, occorre notare che è significativa la quota di coloro che risultano occupate e che quindi svolgono in sostanza un "doppio" lavoro.

Queste osservazioni suggeriscono che si tratta di un quadro per ora ricco di "risorse di cura", ma sottoposto a forti trasformazioni. Non solo l'indebolimento del numero dei discendenti che si verificherà nel prossimo futuro per motivi demografici, ma anche la maggior durata della partecipazione al lavoro nel corso di vita, non potranno infatti che sottoporre la rete degli aiuti a maggiori fragilità e tensioni.

La presenza di immigrati

Il radicamento della popolazione straniera in Toscana

L'immigrazione è diventata ormai una componente ineludibile per il presente ed il futuro della nostra regione, per cui un numero crescente di aspetti della vita sociale ed economica non possono essere compresi senza far riferimento alla presenza dei cittadini stranieri.

A livello nazionale la Toscana, con oltre 215 mila residenti al 31 dicembre 2005, si colloca tra le regioni italiane a maggiore capacità attrattiva: con l'8% del totale dei residenti in Italia risulta essere, infatti, la quinta regione per presenza straniera dopo Lombardia (25%), Veneto (12%), Emilia-Romagna (11%) e Lazio (10%).

L'Albania continua ad essere il paese dal quale le provenienze sono più numerose; la Romania, che registra un sensibile incremento delle presenze nell'ultimo periodo, supera Cina e Marocco, ponendosi come la seconda nazionalità.

L'aumento dei ricongiungimenti familiari (nella maggioranza dei casi donne in età feconda), del numero di minori e di nascite, insieme ad un generale incremento delle presenze, sono per la Toscana i principali indicatori che testimoniano una presenza di immigrati ormai stabilizzata, indispensabile sia dal punto di vista del riequilibrio demografico, bilanciando il declino quantitativo della componente autoctona e frenandone il marcato invecchiamento, sia per il positivo inserimento nel mercato del lavoro.

Il processo di stabilizzazione degli immigrati stranieri, che vanno sempre più configurandosi come una vera e propria popolazione, presenta interessanti aspetti anche sotto il profilo territoriale delle scelte residenziali, come sembra indicare l'analisi dei residenti nei diversi sistemi locali della Toscana (Fig. 1).

Figura 1

% stranieri sul totale della popolazione residente nelle zone socio-sanitarie toscane. 2005

Considerando l'incidenza degli stranieri sul totale della popolazione residente nelle zone sociosanitarie, al vertice della graduatoria regionale troviamo sia i grandi poli attrattivi della regione rappresentati dai centri urbani e dalle aree dell'impresa diffusa, come la zona Pratese (9,6%), l'area Fiorentina (8,9%), ma anche la zona Aretina, quella Empolese, il Valdarno (attestate attorno al 7%), sia le aree montane o zone con una popolazione ridotta, come il casentino (9,2%) o l'Amiata Grossetana (7%). Chiudono la classifica regionale le aree della costa come la Versilia, la zona Livornese e le zone interne e rurali, quali l'Amiata senese e la Valle del Serchio (con valori attorno al 3%).

La forte capacità attrattiva delle aree urbane della Toscana da un lato, e la marginalità delle presenze nelle zone della costa dall'altro, sono correlate alle diverse potenzialità offerte dai mercati locali del lavoro, numerose e con maggiori livelli di stabilità nel primo caso, minori in termini numerici e ad elevata provvisorietà e stagionalità nel secondo caso.

La pressione sulla domanda di servizi sociali e abitativi

La crescente presenza di stranieri nella nostra regione e il passaggio dalla temporaneità dei progetti migratori di singoli individui alla sostanziale stanzialità della presenza di famiglie sul territorio rende necessaria una programmazione politico-sociale, per tenere conto dell'inevitabile pressione sulla domanda di servizi sociali e abitativi che deriva da questo fenomeno.

Ad oggi gli immigrati regolari, giovani e attivi, hanno contribuito ad allentare il peso fiscale delle prestazioni sociali e i vincoli della finanza pubblica. Infatti, da una ricerca compiuta dall'IRPET sull'impatto degli immigrati residenti in Toscana sulla finanza pubblica (Giovani, Lorenzini, Versari, 2005) è emerso che le entrate pubbliche versate dagli stranieri nel 2000 (contributi e imposte, dirette e indirette) ammontavano complessivamente a 272 milioni di euro (pari a circa il 37% dei redditi da lavoro lordi) a fronte di una spesa sociale rivolta a questi ultimi che si attestava su 170 milioni di euro, costituiti per oltre la metà da spesa per istruzione e formazione professionale, 1/3 da spesa sanitaria (ospedaliera, farmaceutica, specialistica e di base) e circa il 15% da spesa assistenziale (sia quella specifica rivolta all'accoglienza sia quella generica di sostegno alla povertà e alla marginalità). La spesa previdenziale non è stata presa in considerazione perché nella situazione attuale la presenza di stranieri anziani è assolutamente marginale. In termini aggregati, quindi, il saldo fiscale imputabile alla popolazione immigrata risulta positivo e quantificabile in 102 milioni di euro, pari a circa 1.000 euro a testa per ogni immigrato residente.

Tuttavia, anche senza considerare problemi connessi alla presenza dell'immigrazione clandestina, va tenuto conto che la maggiore stabilizzazione farà emergere tutti quei bisogni, in analogia alla popolazione autoctona, che per ora non sono emersi in pieno e che sono da connettere alle seconde generazioni, all'invecchiamento degli stessi immigrati ma soprattutto, in senso trasversale, al rapporto tra redditi mediamente più bassi ed accesso ai servizi.

Dobbiamo tuttavia essere consapevoli del fatto che la popolazione straniera nella nostra regione sta diventando sempre più simile a quella autoctona, per struttura per età, tipologie familiari e conseguentemente anche per i bisogni.

Le difficoltà di inserimento sociale e delle condizioni di vita sono evidenti soprattutto nell'ambito della casa e del disagio abitativo. La possibilità di disporre di un'abitazione a prezzi sostenibili e di qualità dignitosa è compromessa dai fenomeni di discriminazione e speculazione che penalizzano i migranti nel mercato privato dell'affitto (ma anche della proprietà). Dai dati censuari del 2001 emerge inoltre una grave disparità tra condizioni dell'immobile abitato tra italiani e stranieri in Toscana: se per i primi la qualità dell'alloggio in cui si vive è mediocre/pessimo nel 13% del totale, per i secondi questa percentuale sale al 27%.

Questi ed altri fattori, insieme alla fragilità economica che caratterizza una parte dell'immigrazione residente, sono alla base dell'elevata presenza di domande inoltrate da stranieri nelle graduatorie per l'ERP (Edilizia Residenziale Pubblica) in Toscana. Agli ultimi bandi aperti in cinque dei dieci capoluoghi di provincia toscani (Livorno, Pisa, Firenze, Siena e Lucca), il peso delle richieste di alloggi popolari presentate da residenti di origine non italiana è del 25% sul totale delle domande, ben oltre la corrispondente percentuale di incidenza sulla popolazione residente (6%). In particolare questa presenza appare marcata a Firenze (30%), ma anche negli altri contesti è più che rilevante. Solo a Livorno essa è contenuta (11%).

La povertà

Le dimensioni della povertà in Toscana

Nel confronto nazionale, la Toscana si qualifica come una realtà ad elevato benessere e a contenuti livelli di povertà, qualunque sia la connotazione che si voglia dare a questo termine: relativa, assoluta, multidimensionale.

Mentre i primi due parametri si basano essenzialmente sul reddito, il terzo fa riferimento a recenti sviluppi teorici che hanno esteso la nozione di povertà ad un più ampio insieme di dimensioni, che concorrono a determinare il benessere individuale. In questa accezione la povertà è concepita non solo e non tanto come perdita di controllo sulle risorse disponibili, quanto piuttosto come fallimento di alcune capacità di base, quali essere in salute, partecipare alla vita della comunità, essere adeguatamente istruito, ecc.

Se la maggioranza dei Comuni o dei sistemi economici locali è caratterizzata da livelli di reddito e da tassi di povertà rispettivamente fra i più alti e più bassi d'Italia, è altrettanto vero che esistono nella nostra regione territori (una minoranza geograficamente non trascurabile, anche se significativamente ridotta per densità di popolazione residente), in cui il reddito e l'incidenza della povertà sono più prossimi ai valori delle regioni meridionali. Ciò riflette il noto divario della nostra regione, con le aree urbane e i distretti che presentano un adeguato grado di sviluppo, ed il resto del territorio che in molti casi invece soffre di ritardi occupazionali e produttivi.

L'immagine è quella ormai nota di una regione divisa a metà: da un lato l'area orientale più sviluppata, specie intorno al bacino dell'Arno, e dall'altra la Toscana occidentale (in particolare buona parte della costa) connotata da più bassi tenori di vita.

La Toscana, oggi, è una regione con un buon tenore di vita. Se è vero che alcuni territori scontano un certo ritardo dalle aree più sviluppate del Paese, è altrettanto corretto affermare che all'interno della regione sopravvivono sacche di marginalità, o comunque categorie di soggetti o famiglie che vivono peggio di altre e che necessitano di opportune politiche di tutela. Tuttavia, storicamente, la nostra regione ha nel corso degli anni realizzato un difficile equilibrio fra gli obiettivi della crescita e quelli della coesione sociale. Cosa possiamo attenderci per il futuro? Per tentare di rispondere a questa domanda facciamo prima un passo indietro per cercare di capire quali sono state le tendenze evolutive della disuguaglianza nel corso di questi ultimi anni.

Da questo punto di vista è possibile identificare almeno tre fasi: la prima (1977-1982) è caratterizzata da una significativa spinta a favore di una maggiore uguaglianza nei redditi; la seconda fase (1982-1991) è connotata nella prima metà da una lieve ripresa delle disparità e nella seconda metà da una successiva ed altrettanto lieve riduzione della disuguaglianza; la terza fase (1991-1998), infine, è contraddistinta da un incremento della disparità nei redditi.

Il variabile andamento dei livelli di disuguaglianza nel corso di questi anni è il risultato di un'ampia pluralità di fattori. Prima di esaminarne alcuni, per trarne indicazioni di prospettiva, è da osservare

che l'accentuata disparità della distribuzione del reddito rispetto ai primi anni '90, si è tradotta non tanto in un peggioramento generalizzato delle condizioni di vita, quanto in una diversa composizione sociale dell'area della povertà e della ricchezza, per cui oggi ci sono più o meno gli stessi poveri di ieri, ma stanno peggio che nel passato.

Tuttavia, il dato nasconde significative differenze fra i diversi gruppi sociali. Ad esempio, se prendiamo l'evoluzione della povertà per classi di età, osserviamo che la quota di poveri fra i minorenni è aumentata significativamente, mentre in calo netto è la frazione degli ultra 65enni.

Risulta quindi confermato che in questi ultimi anni non è tanto cambiata l'incidenza complessiva della povertà, quanto la sua composizione. E ciò è tanto più vero quando si guardano ad esempio le qualifiche professionali, dove si riscontra un forte incremento degli operai e degli impiegati fra le famiglie povere ed una riduzione dei lavoratori autonomi e dei pensionati. Si assiste cioè ad una profonda trasformazione delle dinamiche redistributive, che hanno penalizzato significativamente il lavoro dipendente. I cambiamenti nella composizione sociale della povertà - che si sono riflessi in un aumento della disuguaglianza - non hanno modificato gli indici complessivi di povertà perché hanno finito per compensarsi, ma ciò non toglie che alcune categorie sociali oggi stiano decisamente peggio che nel passato.

La disuguaglianza attesa: alcuni elementi causali

In prospettiva gli elementi di tensione sociale rischiano di accentuarsi. Andiamo infatti verso una società forse più dinamica, ma certamente anche più disuguale, con lavori più instabili, meno salari e più profitti, una più elevata segmentazione nel mercato del lavoro fra occupati high-skilled e low-skilled, una minore presenza di lavoro dipendente, in un contesto in cui sembra essersi ridotta la disponibilità sia delle risorse finanziarie (i flussi di spesa) e di capitale (infrastrutture sociali) degli enti pubblici, sia di quelle monetarie (i risparmi di una vita) ed immateriali (il complesso dei valori, il senso di solidarietà parentale) della famiglia. A questo scenario si aggiungono due fenomeni non trascurabili per gli evidenti riflessi sulla finanza e sulla qualità delle politiche di welfare: l'invecchiamento della popolazione ed il maggiore numero di immigrati, che, malgrado i vantaggi connessi alla loro presenza, determinano dinamiche destinate ad influire sugli assetti socio-assistenziali.

Alcuni dei principali fattori che rischiano di peggiorare la distribuzione del tenore di vita dei toscani nei prossimi anni:

(a) La famiglia

Un primo fattore è la famiglia. Essa, come noto, trasferisce risorse dai componenti più ricchi (i percettori di reddito) a quelli più poveri (in non percettori), riallocando in modo più equilibrato le risorse disponibili a livello familiare. In secondo luogo, essa interviene nella fase di impiego di tali risorse, grazie alle economie di scala che si realizzano nel consumo di beni e servizi. Pertanto, l'aggregazione dei singoli in una famiglia garantisce - a parità di reddito e di persone - un benessere economico aggiuntivo.

L'incidenza con cui si manifestano i due processi redistributivi appena descritti dipende però dalla struttura familiare e dalle modifiche che essa subisce nel corso del tempo. In questi anni la presenza di un numero maggiore di famiglie più piccole ha ridotto l'azione perequativa sui redditi.

Nei prossimi anni, quindi, l'affievolirsi degli effetti dovuti alla aggregazione dei singoli in famiglia dovrebbe condurre ad un aumento delle differenze nei redditi.

(b) La flessibilizzazione del mercato del lavoro

Le nuove normative che disciplinano i rapporti di lavoro nel corso di questi ultimi anni hanno contribuito alla crescita delle forme di impiego flessibili e atipiche.

Chi si oppone alla flessibilità del lavoro lo fa nel timore che da essa discenda un peggioramento delle condizioni di vita, imputabile all'assenza di adeguate tutele (ad esempio, nella copertura dei rischi di vecchiaia, malattia e maternità e disoccupazione) e a più bassi livelli retributivi.

Questo nuovo scenario offre a qualcuno anche maggiori opportunità, ma contestualmente produce anche più insicurezza, nell'immediato per l'incertezza e la bassa remunerazione del posto di lavoro ed in futuro per la inadeguata copertura pensionistica.

(c) L'invecchiamento della popolazione

L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno fisiologico che in Toscana si è manifestato con particolare velocità negli ultimi anni. Le implicazioni sulla struttura distributiva sono evidenti: il reddito ha rispetto all'età un tipico andamento campanulare, mentre la disuguaglianza diminuisce all'aumentare dell'età media.

La Toscana rischia nei prossimi vent'anni di vedere aumentare il divario economico dall'area più sviluppata del Paese - connotata da una minore presenza di anziani - e di vedere accresciuto il ricorso al sistema dei trasferimenti pubblici per far fronte ai bisogni di una quota crescente di popolazione di età avanzata.

(d) La competizione immigrati/autoctoni nell'accesso alle prestazioni sociali

La popolazione straniera è in continua crescita e dispone mediamente di redditi inferiori; essa è connotata da una più alta presenza di minori in età prescolastica e scolastica e in generale da una forte domanda di prestazioni sociali (asili nido, alloggi popolari o agevolati, altri servizi). Tutto ciò rischia in futuro di spiazzare in maniera rilevante gli autoctoni nell'accesso ai servizi, come dimostra il seguente grafico relativo alla Toscana, in cui abbiamo stimato la quota di popolazione straniera ed italiana per fasce di ISEE (l'indicatore della situazione economica, che disciplina e regola il diritto alle prestazioni sociali locali e l'eventuale costo a carico degli utenti).

Grafico 5

La composizione per classi di ISEE

È facile osservare la prevista crescita della quota di stranieri nel segmento che garantisce i più bassi livelli tariffari nell'accesso ai servizi sociali comunali. Già oggi gli immigrati costituiscono l'11% della fascia ISEE più bassa (e quindi privilegiata nell'assegnazione e/o nella tariffazione), ma nel 2025 ne costituiranno almeno il 25%. Questo significa, a parità di altre condizioni, che la popolazione autoctona nell'accesso ai principali servizi sociali quali asili nido, politiche per l'alloggio, ecc., subirà la concorrenza degli stranieri, relativamente più poveri, con evidenti riflessi sulle dinamiche della povertà.

Considerazioni conclusive

I fattori che incidono sulla quantità e sulla qualità dei servizi sociali sono molteplici e spesso imprevedibili. Il quadro demografico che si prevede per il prossimo decennio è quello di un lieve incremento della popolazione, derivante dal flusso immigratorio che compensa il forte deficit di nascite rispetto ai decessi. Questo gap è destinato a crescere, a causa dell'evoluzione sfavorevole della struttura per età, nonostante una moderata ripresa della fecondità e un ulteriore innalzamento della sopravvivenza previsti.

L'allungamento della vita media, la mancanza di un ricambio generazionale adeguato da un lato, e la crescente debolezza delle reti di solidarietà familiare dall'altro, creeranno ingenti pressioni sulla spesa sociale, anche alla luce del prevedibile calo dell'assistenza familiare per gli anziani non autosufficienti. Inoltre, la presenza sempre più massiccia di immigrati, al di là degli effetti

economici positivi (il riequilibrio della natalità e l'apporto di forza lavoro, soprattutto nell'assistenza agli anziani non autosufficienti), porterà anch'essa domanda aggiuntiva di servizi sociali e abitativi.

Dall'analisi specifica delle criticità future e delle misure per affrontarle, emerge che la domanda di intervento nel welfare ha una strutturale tendenza all'incremento.

Se la Toscana continuerà a crescere ai livelli medi dell'ultimo periodo (+1% annuo in termini di PIL), le risorse potranno non essere sufficienti per garantire il miglioramento o il mantenimento dell'attuale welfare: questo impone di considerare sempre più indissolubilmente legate la crescita economica e le politiche sociali e di ridisegnare le politiche di welfare, nell'ottica della multidimensionalità del bisogno e dell'adeguatezza e appropriatezza della risposta.

Allegato 2

Modalità di accesso al Fondo regionale di solidarietà interistituzionale

Il requisito di accesso per l'attribuzione di contributi a sostegno della spesa sul Fondo di solidarietà interistituzionale è costituito da riscontri di carattere amministrativo che sono stati posti in essere o sono in via di attivazione gli interventi sopraindicati e di seguito dettagliati:

a) Prestazioni sociali sostenute in ambito zonale per interventi a favore di particolari fasce di cittadini:

a1) interventi per i soggetti non residenti, presenti nel territorio della Regione Toscana, indicati all'*articolo 5, comma 2, L.R. n. 41/2005* ovvero:

- donne straniere in stato di gravidanza e nei sei mesi successivi al parto;
- stranieri con permesso umanitario;
- richiedenti asilo e rifugiati.

a2) Interventi per i soggetti di cui all'articolo 5, comma 3, ovvero minori di qualsiasi nazionalità non residenti presenti comunque nel territorio della Regione Toscana e interventi a favore di minori residenti. Vi rientrano le situazioni che danno luogo a prestazioni e interventi obbligatori di protezione e tutela secondo quanto previsto dalle leggi e dai regolamenti vigenti o da atti prescrittivi dell'autorità giudiziaria, per situazioni di abbandono, privazione, allontanamento indifferibile dal nucleo di appartenenza, violenza psico-fisica tale da costituire grave pregiudizio o altra condizione straordinaria e critica.

a3) Interventi a favore delle persone dimoranti nel territorio della Regione Toscana (art. 5, comma 4) che hanno diritto agli interventi di prima assistenza alle condizioni e con i limiti previsti dalle normative vigenti e secondo le procedure definite dalla programmazione regionale e locale. Gli interventi di prima assistenza riguardano la soddisfazione improcrastinabile di bisogni primari di sussistenza. Sono rivolti ai soli soggetti in situazione di abbandono, totale privazione, violenza psico-fisica tale da costituire grave pregiudizio. Sono comprese situazioni con caratteristiche di emergenza, che esigono decisioni immediate e rapide, al fine di contrastare gravi e certi effetti dannosi.

b) Interventi non quantificabili preventivamente in sede programmatoria in quanto derivanti da eventi eccezionali o da fenomeni nuovi per il territorio:

b1) interventi di prima assistenza a favore di soggetti che hanno subito eventi dannosi derivanti da calamità naturali o accidentali, non programmabili per la straordinarietà ed eccezionalità dell'evento.

b2) Fenomeni nuovi - interventi di prima assistenza, non programmabili, per far fronte a fenomeni nuovi di un determinato territorio, compresi gli insediamenti provvisori o il transito sul territorio di gruppi sociali ed etnici in fuga da situazioni belliche, di conflitto sociale e da carestie.

In entrambi i casi, deve trattarsi di situazioni cui non si può far fronte attraverso la rete ordinaria dei servizi e delle prestazioni istituzionali e delle reti sociali di zona e di Area vasta.

c) Interventi il cui costo sia suscettibile di creare gravi squilibri nelle finanze degli enti locali tenuti all'erogazione delle prestazioni.

Sono presi in considerazione gli interventi obbligatori di protezione e tutela a favore di adulti e anziani secondo quanto previsto dalle leggi e dai regolamenti vigenti o da atti prescrittivi dell'autorità giudiziaria, per situazioni di abbandono, deprivazione totale, violenza psico-fisica tale da costituire grave pregiudizio.

La gravità dell'evento e il conseguente impegno di presa in carico deve potersi dimostrare tale da creare gravi squilibri nelle finanze dell'ente locale erogatore.

L'accesso al Fondo di solidarietà e l'attribuzione delle relative quote sono rapportati in ordine ai seguenti criteri:

- la rilevanza della spesa sostenuta e/o da sostenere per interventi già effettuati e/o in via di effettuazione;

- l'incidenza della spesa di cui al punto precedente sugli stanziamenti relativi alla spesa sociale del bilancio dell'Ente locale richiedente;

- la consistenza numerica del fenomeno;

- l'attivazione della solidarietà a livello di Zona e Società della Salute.

La richiesta di accedere al Fondo di solidarietà interistituzionale, l'eventuale attribuzione di quote dello stesso e la rendicontazione delle somme ottenute dovranno essere effettuate nelle modalità di seguito previste:

- 1) la richiesta di accesso deve pervenire alla Regione - Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà - da parte dell'Articolazione Zonale della Conferenza dei Sindaci o da parte della Società della Salute nel cui territorio si manifesta il bisogno, purché riferibile alle categorie indicate (lettere a, b, c), anche se il fenomeno da cui il bisogno deriva riguarda un solo comune; nella richiesta devono essere presenti tutte queste indicazioni, oltre agli elementi descrittivi;

- 2) l'attribuzione del contributo regionale avviene secondo le priorità e le modalità stabilite dal bando, approvato con apposito atto amministrativo, fino all'esaurimento del fondo.

I contributi ottenuti attraverso il ricorso al fondo, dovranno essere rendicontati alla Regione dall'Articolazione zonale della Conferenza di Sindaci o dalla Società della Salute entro un mese dall'approvazione dei Bilanci Consuntivi successivi all'esercizio in cui le cifre sono state iscritte nel Bilancio. Le modalità di rendicontazione sono indicate con l'approvazione del bando di cui sopra.

L'Assistenza continua alla persona non autosufficiente

1) Il progetto regionale

La non autosufficienza, tanto per gli aspetti legati alla pressione demografica quanto per le caratteristiche di perdita e/o di mancanza di autonomie, si connota come una problematica particolarmente complessa, in grande crescita ed in continua evoluzione.

Per far fronte a tale complessità, si prevede la definizione del progetto regionale per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente, che sarà oggetto di una successiva Deliberazione della Giunta Regionale Toscana, finalizzato ad accompagnare l'organizzazione di un sistema locale di welfare in grado di tutelare le persone non autosufficienti e le loro famiglie.

Un impianto che si assume anche il compito di dare indicazioni sulle modalità organizzative e gestionali di una struttura composta da un "reticolo di organizzazioni".

Il Progetto regionale sulla non autosufficienza fornisce indicazioni ai servizi territoriali perché realizzino gli interventi mirati verso l'area della non autosufficienza, e quelli nell'area della prevenzione, in modo da ritardare situazioni di gravità. In sostanza le politiche regionali di assistenza verso le persone anziane devono affrontare, con respiro strategico, il tema del miglioramento complessivo dello stato di salute della popolazione anziana.

2) L'obiettivo del progetto regionale

La crescita della responsabilità pubblica costituisce il nucleo della proposta, che si realizza tramite la crescita dei servizi pubblici e l'attivazione di livelli essenziali per i non autosufficienti come parte del processo di introduzione di livelli essenziali per il complesso di servizi e interventi sociali (Liveas).

L'impianto del progetto regionale si fonda sul carattere universalistico dell'assistenza, riconoscendo alla persona non autosufficiente il diritto alla garanzia della prestazione sociosanitaria appropriata, rafforzando ed estendendo il diritto di cittadinanza.

Tale obiettivo, coniugato al principio della valutazione del bisogno assistenziale e della presa in carico delle persone sulla base di progetti personalizzati ed integrati, deve avere caratteristica di certezza (prestazione certa per chiunque si trovi in una determinata condizione di bisogno) e realizzarsi come tipologia di offerta appropriata.

3) L'intesa interistituzionale

Il sistema dei servizi e di interventi a favore della non autosufficienza deve fondarsi su una Intesa interistituzionale tra Regione, Aziende USL ed Enti Locali, nella quale si indica la scelta di un rapporto di cooperazione tra i diversi livelli istituzionali, nell'ambito delle rispettive competenze, con assunzione di responsabilità.

L'intesa definisce un sistema di protezione sociale e di cura per le persone non autosufficienti, sulla base dei principi generali di universalità nell'accesso alle prestazioni, di integrazione delle politiche sanitarie e di quelle sociali, di sostegno alla domiciliarità, di coinvolgimento delle comunità locali nella attuazione degli interventi e nella valutazione degli esiti.

Le intese interistituzionali, sottoscritte a livello di singolo territorio, contengono gli impegni dei diversi soggetti istituzionali a garantire adeguati livelli di assistenza sociale di base e ad assicurare il complesso delle risorse già dedicate alle politiche di sostegno della non autosufficienza.

In particolare:

- La Regione, al fine di assicurare risposte assistenziali certe ed omogenee in ambito regionale, si impegna a dedicare a questo progetto risorse già oggi impiegate per i servizi sanitari e socio sanitari per la non autosufficienza e risorse ulteriori determinate a seguito della definizione del progetto. La Regione inoltre assicura l'unitarietà del Fondo, anche a fronte dell'origine diversificata dei finanziamenti.

- Gli Enti Locali e le Aziende USL si impegnano a garantire il governo integrato del fondo anche attraverso il ruolo strategico delle Società della Salute, in grado di assicurare la realizzazione del sistema integrato dei servizi a livello territoriale. Nelle Zone dove non fosse costituita la Società della Salute tali impegni devono essere definiti e concordati tra l'azienda sanitaria ed i comuni, in coerenza con il Piano Integrato di Salute.

Infine attraverso l'Intesa interistituzionale si individuano gli obiettivi e requisiti regionali di assistenza, che concorrono alla realizzazione di interventi adeguati (sia in termini qualitativi che quantitativi) ed appropriati, per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente, nonché le relative risorse umane e finanziarie necessarie alla loro realizzazione.

4) Il modello integrato

Il sistema territoriale dei servizi per la non autosufficienza in Toscana delinea una articolazione organizzativa strutturata su due piani tra loro fortemente coordinati, che sono:

- La funzione di indirizzo, di governo e di programmazione costituita dalle società della salute. Il sistema dei servizi territoriali acquisisce un ruolo ed una funzione strategica se riesce a strutturare e a mantenere un carattere fortemente integrato. Tale possibilità è assicurata dal nuovo assetto che, in Toscana, si configura con l'introduzione delle Società della Salute, che rappresentano il livello di governo dove si definiscono gli indirizzi di carattere generale, le priorità di intervento e le modalità di utilizzo del Fondo a livello territoriale, ad esito del processo concertativo partecipativo, che trova compiuta attuazione nella sottoscrizione dei patti (istituzionali e territoriali).

Nello specifico, vengono attribuite alle Società della Salute:

- la funzione di indirizzo e di governo finalizzate alla definizione delle linee della programmazione operativa e attuativa di territorio;

- il controllo, il monitoraggio e la valutazione in rapporto agli obiettivi programmati;

- l'organizzazione e la gestione delle attività sanitarie e socio-sanitarie nell'area della non autosufficienza e della disabilità, così come previsto dall'*art.142-bis L.R. n. 40/2005*, modificata con *L.R. n. 60/2008*.

- La funzione di coordinamento operativo è così presidiata:

- a) Il Punto Unico di Accesso: livello direzionale affidato al Responsabile di zona, ovvero al Direttore della Società della Salute ove costituita, composto da uno staff dove sono presenti le figure professionali, indicate nel punto 3.4.2.1 del P.I.S.R. e quelle ritenute necessarie alle connesse funzioni di regia e di coordinamento. Pertanto il PUA rappresenta il luogo dove dal punto di vista operativo, professionale e gestionale, si realizza compiutamente l'integrazione sociosanitaria. Il responsabile di Zona distretto, attraverso il PUA, presente in ogni Zona distretto, assicura la presa in carico del cittadino attraverso la gestione e il coordinamento della rete territoriale dei servizi per la non autosufficienza. Il governo dell'accesso alle prestazioni integrate socio-sanitarie dovrà anche

assicurare tempi certi per la valutazione e l'erogazione delle prestazioni, così come previsti dalla *legge regionale n. 66/2008*;

b) I Punti Insieme: costituiscono la porta di accesso al sistema integrato dei servizi per la non autosufficienza e si caratterizzano per la loro elevata prossimità al cittadino, sia nella localizzazione che nella strutturazione. I Punti Insieme, la cui articolazione organizzativa viene definita a livello di singola zona-distretto, devono garantire l'accoglienza e la raccolta della segnalazione del bisogno, l'orientamento e l'informazione del cittadino, nonché l'avvio delle procedure relative alla presa in carico;

c) L'Unità di Valutazione Multidisciplinare: viene costituita presso ogni zona distretto. Individuata come un'articolazione operativa, è composta, così come previsto dall'*art. 11 della L.R. n. 66/2008*, da un medico di distretto, un assistente sociale ed un infermiere. È di volta in volta integrata dal medico di medicina generale della persona sottoposta a valutazione. In relazione ai casi in esame è anche integrata da professionalità specialistiche e dagli operatori coinvolti nella valutazione del caso e che si ritengono necessari ai fini della definizione del progetto di assistenza personalizzato, con particolare attenzione alla professionalità geriatrica per i PAP dedicati alle persone >65enni. Alla Unità di Valutazione compete la valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno della persona non autosufficiente, la individuazione dell'indice di gravità del bisogno, la definizione del Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP), la sua condivisione con la persona e la famiglia e la individuazione e relativa nomina del responsabile del progetto.

5) L'offerta dei servizi

Al fine di orientare il modello toscano verso la priorità strategica della permanenza del soggetto non autosufficiente nel contesto familiare, attraverso l'incremento dell'ADI, definendo le necessarie risorse, ed il sostegno domiciliare, così come previsto nel P.S.R. 2008-2010, limitando i casi di inserimento in strutture residenziali, il progetto, in coerenza con le indicazioni contenute nell'*art. 7 della L.R. n. 66/2008*, definisce all'interno delle aree (domiciliare, semiresidenziale e residenziale) la diversa articolazione delle tipologie di intervento.

Fermo restando la necessità di garantire la circolarità e la flessibilità degli interventi, sinteticamente gli stessi possono essere suddivisi in:

1. Per l'area della domiciliarità gli interventi si riferiscono:

- agli interventi domiciliari sociali e sociosanitari forniti in forma diretta dal servizio pubblico (assistenza domiciliare sociosanitaria e integrata);

- agli interventi domiciliari in forma indiretta:

- tramite titoli per l'acquisto di servizi, che saranno disciplinati dopo l'adozione delle procedure di accreditamento;

- tramite il sostegno alle funzioni assistenziali della famiglia che si avvale di figure di assistenza regolarmente assunte; tramite il sostegno della famiglia che si assume in proprio il carico assistenziale verso persone non autosufficienti con gravi forme di demenza senile. In questi casi non c'è l'obbligo di finalizzazione del contributo per la copertura di costi derivanti dall'instaurazione di un rapporto di lavoro.

2. Per l'area della semiresidenzialità gli interventi si riferiscono ad inserimenti nei centri diurni.

3. Per l'area della residenzialità gli interventi si riferiscono in via prioritaria agli inserimenti temporanei o di sollievo nelle RSA e, nei casi in cui non sia possibile attivare percorsi alternativi, agli inserimenti permanenti in RSA.

Nell'ambito del sistema accreditato, i soggetti titolari delle prestazioni definite nel PAP, potranno esercitare il diritto di scelta nell'accesso alle strutture ed ai servizi disponibili (vedi *articolo 8 L.R. n. 41/2005 e artt. 3 e 16 L.R. n. 40/2005*).

6) Le azioni di sistema

Al fine di consentire il raggiungimento degli obiettivi di progetto e di assicurarne l'omogeneità su tutto il territorio regionale, si delineano nel progetto le azioni di sistema, che non sono rivolte prioritariamente alle persone fisiche, ma sono tese a migliorare gli aspetti organizzativi, gestionali e di governo, affinché si sviluppino "un sistema integrato di servizi socio-sanitari che dia al cittadino la certezza su tempi, quantità e qualità delle risposte assistenziali idonee per affrontare e risolvere il proprio bisogno".

Tali azioni ricomprendono:

- **La comunicazione** che è l'azione attraverso la quale i cittadini devono avere un'informazione chiara rispetto alle possibilità della risposta ai bisogni della persona non autosufficiente e della sua famiglia. È anche uno degli strumenti attraverso cui si promuove la domiciliarità.

- **La formazione** attraverso cui rendere il sistema nel suo insieme e tutti gli attori, pubblici e privati, più competenti, sia rispetto alla complessità delle problematiche che la non autosufficienza pone, sia nei confronti della necessità dell'agire integrato che la rete ed i servizi (formali e informali) debbono sviluppare per aggredire al meglio quella stessa complessità.

- **L'accompagnamento.** Il grado di innovazione e la complessità che il progetto regionale per la non autosufficienza porta con sé, implicano che siano previste azioni che seguano complessivamente tutte le zone distretto, evitando che ci siano disfunzioni e disallineamenti tra i diversi territori, tali da produrre poi diversità significative nelle risposte ai cittadini.

- **Il sistema informativo** per la non autosufficienza, parte integrante del sistema di monitoraggio e valutazione progettuale, ha l'obiettivo di portare ad unità le differenziazioni e soprattutto le incomunicabilità degli attuali sistemi applicativi e gestionali già in essere, di parte sociale e di parte sanitaria e di definire l'insieme di tutti gli elementi che permettono di rilevare i dati, di produrre informazioni e di rendere disponibili le stesse nei tempi e nei modi che possano consentire alla cabina di regia regionale e alle direzioni zonali, di avere le indicazioni necessarie per monitorare, verificare ed eventualmente intervenire nelle diverse fasi di progetto, avendo cura di poter controllare la sua sostenibilità, nel rispetto dell'universalismo e dell'equità del sistema.

- **L'accreditamento** è oggetto di una specifica proposta di legge, che in base all'*art. 25 della L.R. n. 41/2005*, disciplinerà le modalità di accreditamento dei servizi alla persona e delle strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche e private, ivi inclusi quelle che operano nelle aree dell'integrazione socio-sanitaria, al fine di erogare prestazioni per conto degli enti pubblici competenti.

- **Lo studio epidemiologico di popolazione** attraverso cui definire il bisogno di assistenza socio-sanitaria nella popolazione ultra65enne residente al domicilio.

- **Il monitoraggio e la valutazione.** Il monitoraggio ha lo scopo di registrare puntualmente l'andamento delle azioni progettuali. La valutazione ha lo scopo di proporre percorsi e soluzioni di modifica e miglioramento delle azioni progettuali. I basamenti informativi saranno quelli del monitoraggio, integrati con strumenti e metodologie specifiche.

7) Composizione, ripartizione e misure perequative del Fondo

Risorse per la non autosufficienza (P.I.R. 2.5 del P.R.S. 2006-2010)

La Regione Toscana ha previsto per il Fondo Regionale per la NON autosufficienza, istituito con l'entrata in vigore della *legge regionale 18 dicembre 2008, n. 66*, di garantire un livello di spesa a regime, a titolo di risorse libere regionali - in aggiunta alla quota di fondo sanitario relativo ai livelli essenziali per la non autosufficienza LEA - pari a Euro 80.000.000,00 l'anno per un totale complessivo (a partire dal 2010) di Euro 260.000.000,00, in stretta coerenza con quanto riportato per il P.I.R. 2.5 dal DPEF 2010.

Sono inoltre destinati alla non autosufficienza anche le risorse derivanti da eventuali lasciti e donazioni ed i trasferimenti nazionali, come le risorse del Fondo per le famiglie, che per il 2009 sono finalizzate agli interventi sulle assistenti familiari.

Tali risorse, così attribuite, sono trasferite con vincolo di destinazione e gestite con contabilità separata. Fermo restando che non sono soggette a compartecipazione le somme del Fondo NA eventualmente destinate alla copertura di prestazioni a carattere sanitario, per le prestazioni residenziali il concorso dei Comuni rimane determinato dalle norme della compartecipazione al costo delle prestazioni di cui all'*art. 14 della L.R. n. 66/2008*.

La Giunta Regionale, tenuto conto di quanto disposto nell'*art. 3 della L.R. n. 66/2008* e sulla base delle indicazioni fornite dalla conferenza regionale della società della salute, provvede annualmente a ripartire il Fondo valutando in particolare la quantità delle risposte assistenziali effettivamente erogate e la loro efficacia con riferimento alla coerenza con gli obiettivi della programmazione regionale e territoriale.

La Giunta Regionale provvederà con proprio atto deliberativo ad approvare il "Progetto per l'assistenza continua alla non autosufficienza" contenente, tra l'altro, la determinazione e dimensionamento delle risorse da destinare ai diversi livelli di gravità di valutazione della persona non autosufficiente, sulla base del fabbisogno determinato a livello regionale.

Fermo restando la definitiva determinazione del dimensionamento programmato delle risorse (pacchetti isorisorse) da destinare ai diversi livelli di gravità, le società della salute, laddove costituite, altrimenti le zone distretto, possono superare la soglia massima dell'isorisorsa prevista per un determinato livello di gravità solo se risulta essere soddisfatto completamente il fabbisogno della domanda (copertura assistenziale di tutte le segnalazioni pervenute senza la creazione di liste di attesa).

Il fondo regionale per la non autosufficienza è ripartito tra le zone-distretto dalla Giunta regionale, sulla base delle indicazioni fornite dalla conferenza regionale delle società della salute di cui all'*articolo 11 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40* (Disciplina del servizio sanitario regionale), modificata dalla *legge regionale 10 novembre 2008, n. 60*, facendo riferimento ai seguenti criteri generali:

- a) indicatori di carattere demografico;
- b) indicatori relativi all'incidenza della popolazione in condizioni di disabilità e di non autosufficienza;
- c) indicatori relativi alle persone non autosufficiente, disabili ed anziane accolte nelle strutture residenziali e semiresidenziali.

Una quota pari al 10 per cento del fondo è finalizzata a sostenere lo sviluppo omogeneo del sistema in ambito regionale con particolare riferimento ai comuni di cui alla *legge regionale 27 luglio 2004, n. 39*, concernente norme a favore dei comuni montani e dei piccoli comuni in situazioni di disagio.

(12) Allegato così sostituito dalla *Delib.C.R. 11 novembre 2009, n. 69*, come riportato nell'allegato A alla medesima deliberazione.

Rapporto di valutazione integrata

Denominazione Piano/Programma

Piano integrato sociale regionale

Durata

2007-2010

Riferimenti normativi

L.R. 14 febbraio 2005, n. 41

Assessore competente

Gianni Salvadori

Direzione generale

Diritto alla salute e politiche di solidarietà

Settore competente

Area di coordinamento Politiche sociali integrate e relativi settori di appartenenza

Dirigente responsabile

Vinicio Ezio Biagi

Analisi di fattibilità

Premessa

Le modalità di predisposizione del Piano integrato sociale regionale sono conformi al contesto delineato, dalla normativa regionale in materia di programmazione, dall'art. 48 dello Statuto, alle procedure previste in attuazione dell'*art. 16 della L.R. 11 agosto 1999, n. 49* "Norme in materia di programmazione regionale", alle modifiche apportate dalla *L.R. n. 61/2004*.

In considerazione del fatto che il documento preliminare relativo al Piano è stato presentato per gli indirizzi in Consiglio a maggio 2006 e perciò prima dell'entrata in vigore del regolamento attuativo della *L.R. n. 49/1999* (e successive modifiche ed integrazioni), la procedura di redazione del Piano medesimo, collocandosi a cavallo tra l'applicazione della vecchia e della nuova disciplina, parte direttamente dalla fase intermedia, anziché dalla fase iniziale (vedi decisione della Giunta regionale n. 2 del 6/11/2006) rispetto allo Schema di procedura ordinaria di formazione dei piani e programmi regionali ai sensi dell'*art. 10 L.R. n. 49/1999*.

La procedura è stata naturalmente concordata con l'Area di Coordinamento Programmazione e Controllo della Regione Toscana.

Processo di formazione del Piano

Nel processo di formazione del Piano integrato sociale regionale possiamo identificare tre fasi principali:

1. una fase preliminare di orientamento, impostazione ed avvio del Piano, che ha condotto alla stesura del Documento preliminare presentato al Consiglio regionale, in base alla vecchia disciplina precedente all'entrata in vigore del regolamento attuativo della *L.R. n. 49/1999* come modificata dalla *L.R. n. 61/2004*.

2. una fase di formazione, redazione ed adozione del Piano, che innanzitutto prende atto degli indirizzi del Consiglio regionale, confluiti sostanzialmente in due Mozioni, la 229 e la 230 del 9 maggio 2006, ai quali la bozza di Piano si è adeguata. Entrambe le mozioni contengono criteri e linee-guida da tenere presenti nella redazione del Piano, tra cui centralità dei diritti individuali, attuazione di politiche rivolte alle famiglie e ad altre forme di convivenza, attivazione di percorsi partecipativi, definizione dei LIVEAS, individuazione di strumenti tesi all'emersione e alla regolarizzazione contrattuale del lavoro precario, attuazione di un sistema di welfare universalistico e solidale, valorizzazione del ruolo degli enti locali, rafforzamento dell'integrazione socio-sanitaria, individuazione di piani di azione specifici a favore, soprattutto, di anziani, immigrati e giovani, costituzione di un Fondo per la non autosufficienza. Tale fase si struttura in diversi momenti sequenzialmente legati:

- studio del quadro analitico di riferimento, mediante una ricognizione degli scenari normativi, un'analisi degli esiti del ciclo di programmazione precedente e un'apposita analisi SWOT;

- individuazione degli obiettivi generali;

- articolazione degli obiettivi generali in obiettivi specifici;

- articolazione delle azioni mediante l'individuazione di indicatori di output e di strumenti di attuazione, nonché del raccordo con gli altri livelli istituzionali;

- definizione degli effetti attesi del piano in termini ambientali, economici, sociali e sanitari.

In questa fase si concretizza altresì la valutazione di coerenza esterna, sia verticale sia orizzontale e vengono individuate le modalità di confronto e di informazione esterna.

Tale processo dà luogo a due elaborati distinti: la Proposta di Piano integrato sociale regionale ed il presente Rapporto di valutazione, in cui si dà conto degli aspetti relativi a sequenza logica, tempi di attuazione e risorse necessarie e si definiscono le modalità di confronto e di informazione.

3. una fase dedicata al processo di attuazione del Piano. In questa fase si procede inoltre alla messa a punto degli strumenti da utilizzare per la procedura di valutazione e monitoraggio del piano e, nella parte finale della fase, viene elaborato il documento di valutazione e monitoraggio.

Denominazione della Piano fase

Rapporto di valutazione

1. Fase preliminare di orientamento, impostazione ed avvio del Piano	Documento preliminare per il Consiglio	Applicazione della vecchia disciplina (antecedente all'entrata in vigore del regolamento attuativo della <i>L.R. n. 49/1999</i> e successive modifiche ed integrazioni)
---	--	---

2. Fase di formazione, redazione ed adozione	Linee di indirizzo del Consiglio regionale	Coerenza con criteri e linee-guida contenuti nelle mozioni 229 e 230
---	--	--

Quadro analitico

- scenari di riferimento
- esiti del ciclo di programmazione precedente
- analisi SWOT

Obiettivi generali

- Valutazione di coerenza esterna
- fra quadro analitico e obiettivi generali
 - con gli atti di programmazione
 - con gli altri piani/programmi

Obiettivi specifici (articolazione degli obiettivi generali)

Valutazione di coerenza interna verticale (linee di indirizzo, scenari, obiettivi generali, obiettivi specifici)

Azioni (articolazione azioni)

Valutazione di coerenza interna

Strumenti di attuazione

Orizzontale (obiettivi, azioni)

Raccordo con gli altri livelli istituzionali

Valutazione di fattibilità economica-finanziaria

Effetti attesi (indicatori d'impatto)

Valutazione dell'ampliamento dei

- sociali
- socio-sanitari

Servizi e degli interventi sociali e Socio-sanitari nelle zone/distretto attraverso i processi di accompagnamento tecnico e l'analisi dei Piani Integrati Salute

3. Fase di attuazione del Piano

Sistema di valutazione e monitoraggio

Linee generali per la valutazione ed il monitoraggio del Piano

Cronoprogramma

Fase

operazione

tempistica

1. Fase preliminare di orientamento, impostazione ed avvio del Piano Documento preliminare per il Consiglio
inizio maggio 2006

2. Fase di formazione, redazione ed adozione del Piano Avvio percorso elaborazione della prima bozza del Piano ed individuazione del processo di valutazione integrata
maggio 2006

Predisposizione della proposta di Piano e del Rapporto di valutazione integrata
inizio maggio 2007

Trasmissione al NURV del Piano e del Rapporto di valutazione integrata
settimana di maggio

Trasmissione al CTP del Piano, del Rapporto di valutazione integrata e della proposta di delibera al Consiglio
entro metà maggio 2007

Avvio fase di confronto (Conferenza di programmazione socio-sanitaria, tavolo di concertazione generale, Consulte in temporanea sostituzione della Commissione Politiche sociali) e informazione esterna
fine maggio/inizio giugno 2007

Approvazione della proposta finale di Piano da parte della Giunta e trasmissione al Consiglio regionale
entro metà giugno 2007

Approvazione del Consiglio regionale
entro luglio 2007

Fasi del confronto istituzionale e generale

organismo	data di invio/comunicazione data seduta	
NURV	8 maggio	14 maggio
CTP	10 maggio	18 maggio

Conferenza di programmazione socio-sanitaria	ultima settimana di maggio	28 maggio
Tavolo Concertazione generale	ultima settimana di maggio	29 maggio
Consulte in sostituzione della Commissione Politiche sociali	temporanea ultima settimana di maggio	30 maggio

Fasi di approvazione della proposta finale

organismo	data di invio/comunicazione	data seduta
Giunta regionale		I settimana di giugno
Consiglio regionale		24/25 luglio

Risorse

Nel processo di elaborazione e costruzione del Piano integrato sociale regionale vengono utilizzate le risorse umane dei Settori appartenenti all'Area di coordinamento Politiche sociali integrate della Direzione generale Diritto alla salute e politiche di solidarietà, oltre al personale di riferimento in materia sociale dello Staff Affari giuridici della medesima Direzione generale.

Il processo di attuazione del piano vede coinvolti i Settori appartenenti all'Area di coordinamento Politiche sociali integrate della Direzione generale Diritto alla salute e politiche di solidarietà, le Società della salute, i comuni e gli enti locali dell'intero territorio regionale, oltre a gestori delle strutture e Aziende UU.SS.LL.

La valutazione di efficacia e degli effetti attesi sarà realizzata dai Settori appartenenti all'Area di coordinamento Politiche sociali integrate della Direzione generale Diritto alla salute e politiche di solidarietà in collaborazione con ARS, IRPET, Scuola superiore S. Anna e Osservatori sociali provinciali.

Versioni del Piano

Si prevede di realizzare le seguenti versioni del Piano:

versione	caratteristiche	azioni relative
Esterna 1	prima bozza	da confrontare internamente con i settori coinvolti
Esterna 2	recepisce le indicazioni settori coinvolti	de da confrontare esternamente con i soggetti interessati
Esterna 3	recepisce le indicazioni soggetti esterni interessati	de da confrontare con tutti i soggetti interni ed esterni coinvolti e da

inviare al NURV

- Esterna 4 recepisce le indicazioni della NURV da inviare al CTP
- Esterna 5 recepisce le indicazioni del CTP da sottoporre alla conferenza per la programmazione socio-sanitaria e, successivamente, al tavolo di concertazione generale, e alle consulte in temporanea sostituzione della commissione Politiche sociali
- Esterna 6 recepisce le indicazioni della conferenza per la programmazione socio-sanitaria e del tavolo di concertazione generale da far approvare in Giunta

Individuazione delle modalità di confronto ed informazione

Riferimenti e principi generali

Il crescente processo di coinvolgimento, in relazione al complesso processo di formazione del più importante documento regionale in materia di politiche sociali e socio-sanitarie integrate, di tutti i portatori di interessi direttamente o indirettamente coinvolti nel processo di elaborazione e di realizzazione degli effetti derivanti dall'attuazione del Piano integrato sociale regionale, trova riscontro nella scelta, da parte della Regione Toscana, consistente nella individuazione di obiettivi condivisi da attuare in modo partecipato, attraverso la governance cooperativa. In quest'ottica, nell'ambito specifico del processo di formazione del Piano integrato sociale regionale, sono state utilizzate specifiche procedure di confronto e concertazione, anche di tipo informale.

Forme, strumenti e contenuti del processo di confronto e partecipazione

Le forme e gli strumenti di informazione e partecipazione sono riconducibili non solo agli strumenti di concertazione ufficiale (tavoli di concertazione istituzionale e generale, previsti dall'art. 48 dello Statuto regionale e Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria, il cui parere sugli atti di programmazione è previsto dall'*art. 11, comma 2, lettera b della L.R. n. 40/2005*), ma anche al continuativo rapporto con i soggetti esterni direttamente ed indirettamente coinvolti nel processo di elaborazione e di attuazione del Piano.

Per quanto riguarda la Commissione Politiche sociali, la composizione e la procedura per la relativa nomina costituiscono uno dei contenuti obbligatori del regolamento attuativo della *L.R. n. 41/2005*, che attualmente non è stato ancora emanato; nonostante ciò vengono informalmente tenuti contatti, per un loro coinvolgimento partecipativo, con le consulte attualmente esistenti rispetto alle materie di rispettiva pertinenza, i cui componenti andranno a far parte della nuova Commissione Politiche sociali (volontariato, cooperazione sociale, servizio civile, ecc.)

Per quanto riguarda, invece, il confronto con l'esterno rappresentato innanzitutto dagli operatori di settore e, in modo più esteso, dai cittadini comunque interessati alle azioni e ai contenuti della proposta di Piano, occorre segnalare che il Piano stesso è stato illustrato in alcune sedi e ha trovato riscontri che sono stati utilissimi ai fini della definizione del contenuto finale del documento, con particolare riferimento ai ruoli più appropriati per l'attribuzione della titolarità delle competenze nel

sistema di sussidiarietà e nell'avere conferma delle priorità di intervento per i diversi settori delle politiche regionali.

Informazione e Partecipazione

Strumenti	Iniziativa	Obiettivi	Target	Tempi	
Seminario esiti sperimentazione della Società della salute	sugli contenuti del Piano	Presentazione dei contenuti del Piano	Confrontare ipotesi ed idee nell'ambito di processi decisionali complessi, meccanismi di massima integrazione e di dialogo rapportati alla dimensione del territorio regionale	Soggetti istituzionali, operatori di settore, cittadini	6 marzo 2007
Conferenza regionale volontariato	Presentazione del Piano	Presentazione dei contenuti del Piano	Confrontare ipotesi ed idee nell'ambito di processi decisionali complessi, meccanismi di massima integrazione e di dialogo rapportati alla dimensione del territorio regionale	Soggetti istituzionali, operatori di settore, cittadini	10 e 11 marzo 2007
Conferenza permanente per programmazione socio-sanitaria	Parere sulla Proposta di Piano	Parere sulla Proposta di Piano	Confrontare ipotesi ed idee nell'ambito di processi decisionali complessi, meccanismi di massima integrazione e di dialogo rapportati alla dimensione del territorio regionale	Componenti Conferenza (art. 11 L.R. 40/2005)	della 28 maggio 2007 n.
Tavolo concertazione generale	Parere Proposta di Piano	Parere sulla Proposta di Piano	Confrontare ipotesi ed idee nell'ambito di processi decisionali complessi, meccanismi di massima integrazione e	Il portatori d'interesse comunità regionale	29 maggio 2007

minimo innesco di conflittualità

Consulte temporanea sostituzione Commissione Politiche sociali in Consultazione rispetto alle materie di competenza dell'Commissione Confrontare ipotesi ed idee nell'ambito di processi decisionali complessi Componenti delle Consulte 2007 30 maggio

Modello di controllo e di verifica preventiva

di cui all'art. 12 del Regolamento di "Disciplina dei processi di valutazione integrata e valutazione ambientale degli strumenti di programmazione di competenza della Regione"

Sezione 1 - Controllo su Piani e Programmi ai fini della valutazione ambientale

A.1 - Indicare se il piano/programma è elaborato per uno dei seguenti settori:

	Si	No		Si	No
agricolo		X	dei rifiuti	X	
forestale		X	delle acque	X	
della pesca		X	delle telecomunicazioni	X	
energetico		X	del turismo	X	
industriale		X	della pianificazione territoriale	X	
dei trasporti		X	della destinazione dei suoli	X	

A.2 -

Si No

Indicare se il piano/programma definisce il quadro di riferimento per l'autorizzazione di interventi i cui progetti x sono sottoposti a VIA secondo la normativa vigente [1] X

B -

Si No

Indicare se il piano/programma può avere effetti sui siti designati come zone di X

protezione speciale (ZPS) per la conservazione degli uccelli selvatici e quelli classificati come siti di importanza comunitaria (SIC) o proposti tali (pSIC) per la protezione degli habitat naturali e della flora e fauna selvatica [2]

Esito del controllo

Si No

Il piano/programma soddisfa contemporaneamente le condizioni di cui ai punti A.1 e A.2, o la condizione di cui al punto B, è quindi sottoposto a valutazione ambientale ai sensi della *Direttiva 2001/42/CE* e pertanto non si procede alla compilazione delle Sezioni 2 e 3. X

Il piano/programma soddisfa contemporaneamente le condizioni di cui ai punti A.1 e A.2, o la condizione di cui al punto B, ma determina l'uso di piccole aree a livello locale o consiste in una modifica di un piano/programma già sottoposto a valutazione ambientale, pertanto si avvia la procedura di verifica preventiva e si procede alla compilazione delle Sezioni 2 e 3. X

Il piano/programma non soddisfa né contemporaneamente le condizioni di cui ai punti A.1 e A.2, né la condizione di cui al punto B, ma definisce il quadro di riferimento per l'autorizzazione di progetti [3], pertanto avvia la procedura di verifica preventiva e si procede alla compilazione delle Sezioni 2 e 3. X

Il piano/programma non soddisfa contemporaneamente le condizioni di cui ai punti A.1 e A.2, né la condizione di cui al punto B, né definisce il quadro di riferimento per l'autorizzazione di progetti, quindi non è sottoposto a valutazione ambientale ai sensi della *Direttiva 2001/42/CE* e pertanto non si procede alla compilazione delle Sezioni 2 e 3.

Firma del Dirigente

.....

[1] Il piano/programma contiene criteri o condizioni che orientano le autorità preposte all'approvazione di una domanda. Tali criteri potrebbero porre dei limiti in merito al tipo di attività o di progetto consentito in una determinata zona, oppure potrebbero includere condizioni che il richiedente deve soddisfare per ottenere l'autorizzazione.

[2] Il piano/programma può non essere direttamente connesso e necessario alla gestione dei siti ma si ritiene che potrebbe avere influenze significative nelle aree designate.

[3] Il termine "progetto" dovrebbe essere interpretato in modo coerente rispetto all'uso che ne viene fatto nella direttiva sulla VIA dove è definito come:

- la realizzazione di lavori di costruzione o di altri impianti od opere,
- altri interventi sull'ambiente naturale o sul paesaggio, compresi quelli destinati allo sfruttamento delle risorse del suolo.

Sezione 2 - Elementi conoscitivi per la verifica preventiva

(si possono allegare eventuali documenti tecnici giustificativi)

Caratteristiche del piano o programma:

Basso Medio Alto

In quale misura il piano/programma stabilisce un quadro di riferimento per progetti ed altre attività, o per quanto riguarda l'ubicazione, la natura, le dimensioni e le condizioni operative o attraverso la ripartizione delle risorse.

In quale misura il piano/programma influenza altri piani o programmi, inclusi quelli gerarchicamente ordinati.

Pertinenza del piano/programma per l'integrazione delle considerazioni ambientali, in particolare al fine di promuovere lo sviluppo sostenibile.

Significatività dei problemi ambientali pertinenti al piano/programma.

Grado di rilevanza del piano o del programma per l'attuazione della normativa comunitaria nel settore dell'ambiente (ad es. piani e programmi connessi alla gestione dei rifiuti o alla protezione delle acque).

Caratteristiche degli effetti e delle aree:

Probabilità, durata, frequenza e reversibilità degli effetti:

Carattere cumulativo degli effetti:

Natura transfrontaliera degli effetti:

Rischi per la salute umana o per l'ambiente (ad es. in caso di incidenti):

Entità ed estensione nello spazio degli effetti (area geografica e popolazione potenzialmente interessate):

Valore e vulnerabilità dell'area che potrebbe essere interessata a causa:

- Delle speciali caratteristiche naturali o del patrimonio culturale.
- Del superamento dei livelli di qualità ambientale o dei valori limite.
- Dell'utilizzo intensivo del suolo.

Effetti su aree o paesaggi riconosciuti come protetti a livello nazionale, comunitario o internazionale:

Sezione 3 - Esito della verifica preventiva alla luce degli elementi conoscitivi forniti nella Sezione 2

(Barrare la casella corrispondente all'esito finale)

Il Piano/Programma presenta effetti significativi sull'ambiente quindi viene sottoposto a valutazione ambientale ai sensi della *direttiva 2001/42/CE*

Il Piano/Programma non presenta effetti significativi sull'ambiente quindi non si sottopone a valutazione

ambientale ai sensi della *direttiva 2001/42/CE*

=> Nel caso di esclusione dalla valutazione ambientale, l'esito della verifica preventiva e la relativa documentazione (il presente modello compilato e sottoscritto, gli eventuali documenti tecnici giustificativi) deve essere sottoposto alla consultazione delle autorità competenti in materia ambientale.

=> In tal caso il dirigente responsabile adempie alla procedura indicata dall'art. 12 del Regolamento e presenta gli esiti della verifica preventiva e delle consultazioni effettuate al termine della prima fase della valutazione di cui all'art. 14.

=> Le conclusioni della procedura di verifica preventiva sono messe a disposizione del pubblico, ai sensi dell'art. 4 del Regolamento.

Firma del Dirigente

.....

Nelle tabelle di seguito riportate si segnalano gli elementi di integrazione tra gli obiettivi generali e specifici che il Piano intende perseguire (riportati nella prima colonna delle tabelle), e le altre politiche regionali.

La prima attività di valutazione è quella di coerenza esterna, specificata in:

- coerenza verticale fra gli obiettivi generali e specifici del PISR con quelli degli atti di programmazione generale quali il PRS e il PIT;

- coerenza orizzontale fra gli obiettivi generali e specifici del PISR con quelli degli altri piani/programmi settoriali regionali.

Per quanto riguarda quest'ultima operazione, la valutazione di coerenza è stata effettuata dettagliatamente con tutti i piani/programmi settoriali fino ad ora approvati. Risultano ancora in fase di approvazione il Piano dello Sport e della cultura ed il Piano Economico, con i quali, comunque, esistono forti sinergie. In particolare, per quanto riguarda il Piano dello Sport e della cultura, si evidenziano integrazioni per gli aspetti relativi all'attività sportiva dei disabili e degli anziani, così come per le attività di integrazione dei giovani, per quanto riguarda invece il Piano Economico è sempre più significativo l'impatto della dimensione economica degli interventi pubblici e privati.

Le tabelle successive sono invece rivolte all'individuazione delle azioni di attuazione e delle relative priorità temporali e di importanza. Per ogni obiettivo specifico sono state infatti individuate le azioni ad esso collegate e la priorità, correlandole agli indicatori elementari ad esse assegnati ed alla valutazione degli effetti attesi.

Un'apparente sfasatura nella rappresentazione degli obiettivi tra rapporto di valutazione integrata (più sintetico) e PISR (più articolato e con questioni affrontate in punti differenti e in modo più diffuso) deriva dal fatto che il PISR presuppone che i suoi contenuti raggiungano una vasta platea costituita non solo dai soggetti istituzionali coinvolti nell'attuazione del PISR ma anche dai singoli operatori che necessitano di un'informazione più diffusa e più operativa ma nello stesso tempo più orientata alla trasversalità ed all'integrazione delle materie e quindi più discorsiva. Inoltre su questa sfasatura può indirettamente aver pesato il fatto che il PISR ha cominciato il suo iter secondo la vecchia disciplina e ha utilizzato solo successivamente la modulistica contenuta nel modello di Rapporto di valutazione

Valutazione di coerenza esterna verticale degli obiettivi generali e specifici con il Piano Regionale di Sviluppo 2006-2010 (P.R.S.)

Obiettivo generale e obiettivi specifici

P.R.S.

Carattere universalistico dei diritti di cittadinanza

Si integra con i seguenti obiettivi strategici:

- adeguamento dell'organizzazione integrata del servizio socio-assistenziale in ambito territoriale

la sfida sociale: un welfare solidale, efficiente, produttivo

- sviluppo di programmi regionali a sostegno del sistema degli interventi e dei servizi

la sfida lavoro

- costituzione fondo solidarietà istituzionale

- la sfida del futuro: puntare sui giovani e sulle donne

- abbattimento barriere architettoniche

- la sfida dei servizi: più efficienza (nella risposta al bisogno)

- sviluppo dei servizi e sostegno ai programmi di vita delle famiglie, minori, nuove coppie

la sfida della cultura: qualità, diritto, valore per lo sviluppo

- I programmi strategici e progetti integrati regionali:

- coesione e integrazione socio-sanitaria nelle Società della salute (2.3)

- assistenza e integrazione per la non autosufficienza (2.5)

- inclusione e cittadinanza degli immigrati nella multiculturalità (2.6)

- politiche di edilizia sociale (2.7)

- la Società dell'informazione per lo sviluppo, i diritti, l'e-government (4.2)

Obiettivo generale e obiettivi specifici

P.R.S.

Costituzione Livelli base di cittadinanza sociale Si integra con i seguenti principi e priorità programmatiche:

- sottoscrizione Patti Interistituzionali Pluriennali per il sostegno dei livelli sottoscrizione Patti Territoriali fra i soggetti pubblici e le parti sociali nelle zone/S.d.S.

e- la sfida sociale: un welfare solidale, efficiente, produttivo

- servizio sociale professionale

- la sfida della governance: efficienza e semplificazione

- segretariato sociale

- la sfida dei servizi: più efficienza (nella risposta al bisogno)

- pronto intervento sociale

- la sfida del territorio: le infrastrutture, la logistica, l'accessibilità

- Punto Unico di Accesso

- percorso assistenziale personalizzato

Obiettivo generale e obiettivi specifici

P.R.S.

Difesa dei diritti di cittadinanza e di non discriminazione Si integra con i seguenti principi e priorità programmatiche:

- carte di cittadinanza sociale
 - diritti di informazione
 - difesa civica
 - amministratore di sostegno e funzioni di pubblica tutela
 - cittadinanza allargata e accessibilità
 - lotta alle discriminazioni e pari opportunità
 - contrasto alla povertà
- la sfida sociale: un welfare solidale, efficiente, produttivo
 - la sfida lavoro
 - la sfida del futuro: puntare sui giovani e sulle donne
 - la sfida del territorio: le infrastrutture, la logistica, l'accessibilità
 - la sfida dei servizi: più efficienza (nella risposta al bisogno)
 - la sfida della governance: efficienza e semplificazione
 - I programmi strategici e progetti integrati regionali:
 - * assistenza e interazione per la non autosufficienza (2.5)
 - * inclusione e cittadinanza degli immigrati nella multiculturalità (2.6)

Obiettivo generale e obiettivi specifici

P.R.S.

Costruzione società solidale

Si integra con i seguenti principi e priorità programmatiche:

- le reti del volontariato e terzo settore
 - servizio civile
 - una Toscana per i giovani
- la sfida sociale: un welfare solidale, efficiente produttivo
 - la sfida delle risorse: oltre i limiti del bilancio regionale
 - la sfida lavoro

Obiettivo generale e obiettivi specifici

P.R.S.

Introduzione percorsi di qualità

Si integra con i seguenti principi e priorità programmatiche:

- accreditamento strutture e servizi

- la sfida sociale: un welfare solidale, efficiente produttivo

- regole per l'affidamento dei servizi

- la sfida dei servizi: più efficienza (nella risposta al bisogno)

Obiettivo generale e obiettivi specifici

P.R.S.

Coesione e integrazione socio-sanitaria

Si integra con i seguenti principi e priorità programmatiche:

- sviluppo modello Società della Salute

- la sfida sociale: un welfare solidale, efficiente produttivo

- sviluppo della integrazione socio-sanitaria

- la sfida del territorio: le infrastrutture, la logistica, l'accessibilità

- la sfida della governance: efficienza e semplificazione

- la sfida dei servizi: più efficienza (nella risposta al bisogno)

- i programmi strategici e progetti integrati regionali:

* coesione e integrazione socio-sanitaria nelle Società della salute (2.3)

* assistenza e integrazione per la non autosufficienza (2.5)

Obiettivo generale e obiettivi specifici

P.R.S.

Carattere universalistico dell'assistenza per i soggetti non autosufficienti Si integra con i seguenti principi e priorità programmatiche:

- costituzione Fondo non autosufficienza
 - messa a regime esiti sperimentazione *Delib.G.R. n. 402/2004*
 - ampliamento modalità sperimentate
- la sfida sociale: un welfare solidale, efficiente produttivo
 - la sfida della governance: efficienza e semplificazione
 - la sfida dei servizi: più efficienza (nella risposta al bisogno)
 - la sfida dell'innovazione: investire in ricerca e alta formazione
 - i programmi strategici e progetti integrati regionali:
 - * assistenza e integrazione per la non autosufficienza (2.5)

Obiettivo generale e obiettivi specifici P.R.S.

Una società plurale e coesa e inclusione delle persone immigrate Si integra con i seguenti principi e priorità programmatiche:

- accesso ai diritti di cittadinanza
- la sfida sociale: un welfare solidale, efficiente produttivo
 - la sfida lavoro
 - la sfida del futuro: puntare sui giovani e sulle donne
 - la sfida della cultura: qualità, diritto, valore per lo sviluppo
 - la sfida dei servizi: più efficienza (nella risposta al bisogno)
 - la sfida della governance: efficienza e

semplificazione

- i programmi strategici e progetti integrati regionali:

* inclusione e cittadinanza degli immigrati nella multiculturalità (2.6)

Valutazione di coerenza esterna verticale degli obiettivi generali e specifici con il Piano di Indirizzo Territoriale 2005-2010 (P.I.T.)

Obiettivo generale e obiettivi specifici

P.I.T.

Carattere universalistico dei diritti di cittadinanza

Si integra con i seguenti metaobiettivi e obiettivi conseguenti:

- adeguamento dell'organizzazione integrata del servizio socio-assistenziale in ambito territoriale

integrare e qualificare la "città" policentrica" toscana

* sostenere la qualità della e nella "città toscana"

- sviluppo di programmi regionali a sostegno del sistema degli interventi e dei servizi

* attivare la "città toscana" come modalità di governance integrata su scala regionale

- costituzione fondo solidarietà istituzionale

- abbattimento barriere architettoniche

- sviluppo dei servizi e sostegno ai programmi di vita delle famiglie, minori nuove coppie

Obiettivo generale e obiettivi specifici

P.I.T.

Difesa dei diritti di cittadinanza e di non discriminazione

Si integra con i seguenti metaobiettivi e sistemi funzionali:

- carte di cittadinanza sociale

- conservare il valore del patrimonio territoriale della Toscana

- diritti di informazione

* la Toscana della coesione sociale e

	territoriale
- difesa civica	- integrare e qualificare la “città policentrica”
	toscana
- amministratore di sostegno e funzioni di pubblica tutela	* la Toscana della qualità e della conoscenza
- cittadinanza allargata e accessibilità	
- lotta alle discriminazioni e pari opportunità	
- contrasto alla povertà	
Obiettivo generale e obiettivi specifici	P.I.T.
Costruzione società solidale	Si integra con i seguenti metaobiettivi e sistemi funzionali:
- le reti del volontariato e terzo settore	- integrare e qualificare la “città policentrica”
	toscana
- servizio civile	* la Toscana delle reti
- una Toscana per i giovani	
Obiettivo generale e obiettivi specifici	P.I.T.
Introduzione percorsi di qualità	Si integra con i seguenti metaobiettivi e sistemi funzionali:
- accreditamento strutture e servizi	- conservare il valore del patrimonio
	territoriale della Toscana
- regole per l’affidamento dei servizi	* la Toscana della coesione sociale e territoriale
	* articolazione territoriale del sistema

Obiettivo generale e obiettivi specifici

P.I.T.

Coesione e integrazione socio-sanitaria

Si integra con i seguenti metaobiettivi e sistemi funzionali:

- sviluppo modello Società della Salute

- integrare e qualificare la “città policentrica”

toscana

- sviluppo della integrazione socio-sanitaria

* sostenere la qualità della e nella “città toscana”

* attivare la “città toscana” come modalità di governance integrata su scala regionale

Si integra inoltre con i seguenti sistemi funzionali:

* la Toscana della coesione sociale e territoriale

* articolazione territoriale del sistema: la salute

Obiettivo generale e obiettivi specifici

P.I.T.

Carattere universalistico dell’assistenza per i soggetti non autosufficienti

Si integra con i seguenti metaobiettivi e sistemi funzionali:

- costituzione Fondo non autosufficienza

- integrare e qualificare la “città policentrica”

toscana

- messa a regime esiti della sperimentazione

* la Toscana della coesione sociale e territoriale

Delib.G.R. n. 402/2004

* articolazione territoriale del sistema: la salute

- ampliamento modalità sperimentate

Obiettivo generale e obiettivi specifici

P.I.T.

Una Società plurale e coesa e inclusione delle persone immigrate

Si integra con i seguenti metaobiettivi e sistemi funzionali:

- accesso ai diritti di cittadinanza

- integrare e qualificare la “città policentrica”

toscana

* la Toscana della coesione sociale e territoriale

Valutazione di coerenza esterna orizzontale degli obiettivi generali e specifici in relazione al Piano Sanitario Regionale 2005-2007 (P.S.R.)

Obiettivo generale e obiettivi specifici

P.S.R.

Carattere universalistico dei diritti di cittadinanza

Si integra con i seguenti obiettivi strategici e specifici:

- adeguamento dell'organizzazione integrata del servizio socio-assistenziale in ambito territoriale

- obiettivi di salute:

* diritti uguali per tutti

* allunghiamo la vita aumentando la sicurezza

- sviluppo di programmi regionali a sostegno del sistema degli interventi e dei servizi

* per una maggiore competenza delle persone a mantenersi in buona salute

* aiutiamo i bambini a nascere e crescere bene

- costituzione fondo solidarietà istituzionale

- progetti speciali di interesse regionale:

- abbattimento barriere architettoniche

* nascere in Toscana

* le unità di cure primarie, un nuovo modello organizzativo territoriale

- sviluppo dei servizi e sostegno ai programmi di

vita delle famiglie, minori, nuove coppie

- la partecipazione: servizi territoriali per le comunità locali:

* le Società della Salute

Obiettivo generale e obiettivi specifici

P.S.R.

Costituzione Livelli base di cittadinanza sociale

Si integra con i seguenti obiettivi strategici

e specifici:

- sottoscrizione Patti interistituzionali e pluriennali- l'appropriatezza: i livelli ed i tempi per il sostegno dei livelli e sottoscrizione Patti appropriati di erogazione dell'assistenza: territoriali fra i soggetti pubblici e le parti sociali nelle Zone/S.d.S.

- servizio sociale professionale
- segretariato sociale
- pronto intervento sociale
- Punto Unico di Accesso
- percorso assistenziale personalizzato

* i livelli di assistenza e la tipologia delle prestazioni

* appropriatezza della domanda e

programmazione dell'offerta

* l'attività del governo clinico, linee-guida

e percorsi assistenziali

Obiettivo generale e obiettivi specifici

P.S.R.

Difesa dei diritti di cittadinanza e di non discriminazione Si integra con i seguenti obiettivi strategici e specifici:

- carta di cittadinanza sociale

- obiettivi di salute

- diritti di informazione

* per un'etica del servizio socio-sanitario integrato

- difesa civica

- progetti speciali di interessa regionale:

- amministratore di sostegno e funzioni di pubblica tutela

* la salute nei luoghi di lavoro

* la sicurezza alimentare

- cittadinanza allargata e accessibilità

Si integra inoltre con i seguenti "Strumenti

- lotta alle discriminazioni e pari opportunità	di sistema”:
	- i rapporti con il cittadino: comunicazione, partecipazione, tutela della riservatezza
- contrasto alla povertà	
Obiettivo generale e obiettivi specifici	P.S.R.
Costruzione società solidale	Si integra con i seguenti “Strumentini sistema”
- le reti del volontariato e terzo settore	
	- le relazioni di sistema:
- servizio civile	* il terzo settore
- una Toscana per i giovani	
Obiettivo generale e obiettivi specifici	P.S.R.
Introduzione percorsi di qualità	Si integra con i seguenti obiettivi strategici e specifici:
- accreditamento strutture e servizi	
	- l’appropriatezza: i livelli ed i tempi
- regole per l’affidamento dei servizi	appropriati di erogazione dell’assistenza
Obiettivo generale e obiettivi specifici	P.S.R.
Coesione e integrazione socio-sanitaria	Si integra con i seguenti obiettivi strategici e specifici:
- sviluppo modello Società della Salute	
	- la partecipazione: servizi territoriali
- sviluppo della integrazione socio-sanitaria	per le comunità locali:
	* le Società della salute
	Si integra inoltre con le seguenti “Azioni di piano”:

- progetti-obiettivo di alta integrazione: le strategie socio-sanitarie; la salute degli anziani; la salute mentale; la disabilità; la prevenzione e cura delle condotte di abuso e delle dipendenze; l'assistenza materno infantile; le attività consultoriali; la salute degli immigrati; la salute in carcere

Obiettivo generale e obiettivi specifici

P.S.R.

Carattere universalistico dell'assistenza per soggetti non autosufficienti Si integra con i seguenti obiettivi strategici e specifici:

- costituzione Fondo non autosufficienza

- obiettivi di salute:

- messa a regime esiti della sperimentazione

* diritti uguali per tutti

Delib.G.R. n. 402/2004

* i servizi per le persone anziane

- ampliamento modalità sperimentate

- progetti speciali di interesse regionale:

* la sorveglianza attiva a favore della popolazione anziana

Obiettivo generale e obiettivi specifici

P.S.R.

Una società plurale e coesa e inclusione delle persone immigrate Si integra con i seguenti obiettivi strategici e specifici:

- accesso di diritti di cittadinanza

- obiettivi di salute:

* diritti uguali per tutti

- progetti-obiettivo: la salute mentale; la disabilità; la prevenzione e cura delle condotte di abuso e delle dipendenze; le attività consultoriali; la salute degli immigrati; la salute in carcere

Valutazione di coerenza esterna orizzontale degli obiettivi generali e specifici in relazione al Piano di Indirizzo Generale Integrato 2006-2010 (P.I.G.I.)

Obiettivo generale e obiettivi specifici

P.I.G.I.

Carattere universalistico dei diritti di cittadinanza Si integra con i seguenti obiettivi:

- adeguamento dell'organizzazione integrata del servizio socio-assistenziale in ambito territoriale - obiettivo generale di istruzione, formazione e lavoro:

* sostenere lo sviluppo di una Regione

- sviluppo di programmi regionali a sostegno del sistema degli interventi e dei servizi - Della conoscenza attraverso un sistema regionale integrato che garantisca il diritto

all'apprendimento lungo tutto l'arco della

- costituzione Fondo solidarietà istituzionale - vita quale fondamento necessario per il diritto

allo studio, al lavoro, per la piena realizzazione

- abbattimento barriere architettoniche - della libertà individuale e dell'integrazione sociale

- sviluppo dei servizi e sostegno ai programmi di vita delle famiglie, minori, nuove coppie

Si integra inoltre con la maggior parte dei relativi obiettivi strategici del Piano

Obiettivo generale e obiettivi specifici P.I.G.I.

Costituzione Livelli base di cittadinanza sociale Si integra con il seguente obiettivo:

- sottoscrizione Patti interistituzionali e pluriennali - assicurare per tutti il diritto all'accesso per il sostegno dei livelli e sottoscrizione Patti territoriali fra i soggetti pubblici e le parti sociali - all'educazione, all'istruzione scolastica, all'orientamento, alla formazione e ai servizi per il lavoro, intervenendo sui

- servizio sociale professionale - diversi fattori che possono liberare la domanda

individuale

- segretariato sociale

- pronto intervento sociale

- Punto Unico di Accesso

- percorso assistenziale personalizzato

Obiettivo generale e obiettivi specifici

P.I.G.I.

Difesa dei diritti di cittadinanza e di non discriminazione Si integra con il seguente obiettivo:

- carta di cittadinanza sociale

- assicurare per tutti il diritto all'accesso all'educazione, all'istruzione scolastica

- diritti di informazione

universitaria, all'orientamento, alla formazione

e ai servizi per il lavoro, intervenendo sui

- difesa civica

diversi fattori che possono liberare la domanda

individuale

- amministratore di sostegno e funzioni di pubblica tutela

- favorire l'allargamento e la qualificazione

- cittadinanza allargata e accessibilità

della base occupazionale, rimuovendo i divari di

opportunità tra i vari soggetti sociali e operando

- lotta alle discriminazioni e pari opportunità

per innalzare il profilo qualitativo

dell'occupazione e per il mantenimento delle

- contrasto alla povertà

condizioni e competenze che garantiscano la permanenza e la mobilità verticale nel mercato del lavoro

Obiettivo generale e obiettivi specifici

P.I.G.I.

Coesione e integrazione socio-sanitaria

Si integra con il seguente obiettivo:

- sviluppo modello Società della Salute - favorire l'allargamento e la qualificazione

della base occupazionale, rimuovendo i divari di

- sviluppo della integrazione socio-sanitaria opportunità tra i vari soggetti sociali e operando

per innalzare il profilo qualitativo dell'occupazione e per il mantenimento delle condizioni e competenze che garantiscano la permanenza e la mobilità verticale nel mercato del lavoro

Obiettivo generale e obiettivi specifici P.I.G.I.

Carattere universalistico dell'assistenza per i Si integra con il seguente obiettivo:
soggetti non autosufficienti

- assicurare per tutti il diritto all'accesso

- costituzione Fondo non autosufficienza all'educazione, all'istruzione scolastica

universitaria, all'orientamento, alla formazione

- messa a regime esiti sperimentazione *Delib.G.R. n. 402/2004* della e ai servizi per il lavoro, intervenendo sui

diversi fattori che possono liberare la domanda

- ampliamento modalità sperimentate individuale

Obiettivo generale e obiettivi specifici P.I.G.I.

Una società plurale e coesa e inclusione delle Si integra con il seguente obiettivo:
persone immigrate

- accesso ai diritti di cittadinanza - sostenere le politiche del lavoro dirette a promuovere la piena e buona occupazione e a ridurre il tasso di precarietà incentivando la stabilità e la tutela del lavoro discontinuo. Adeguare l'offerta di servizi ai mutamenti nell'organizzazione del lavoro e nelle professioni, al fine di incidere con maggior efficacia sull'occupabilità, l'imprenditorialità, l'adattabilità e le pari opportunità, con

particolare attenzione alle figure professionali emergenti e alle nuove forme di lavoro. Accompagnare il processo di innovazione tecnologica e di riconversione economica e produttiva con una politica di solida e stabile occupazione. Rafforzare le azioni per la sicurezza sui luoghi di lavoro e per la lotta al lavoro “nero”

Valutazione di coerenza esterna orizzontale degli obiettivi generali e specifici in relazione al Piano di indirizzo per la tutela e la difesa dei consumatori e degli utenti 2007-2009

Obiettivo generale e obiettivi specifici Piano di indirizzo per la tutela e la difesa dei consumatori e degli utenti

Carattere universalistico dei diritti di cittadinanza Si integra con i seguenti obiettivi generali e specifici:

- adeguamento dell'organizzazione integrata del servizio socio-assistenziale in ambito territoriale - tutela della salute dei consumatori e degli utenti:

* aumentare consapevolezza e responsabilità

- sviluppo di programmi regionali a sostegno del sistema degli interventi e dei servizi dei consumatori come strumento di prevenzione

e miglioramento delle condizioni generali di vita

- costituzione Fondo solidarietà istituzionale

* tutela della sicurezza e della qualità dei

- abbattimento barriere architettoniche

prodotti, dei servizi e dei processi produttivi,

con particolare riguardo alle istanze dello

- sviluppo dei servizi e sostegno ai programmi di sviluppo sostenibile e alla qualificazione vita delle famiglie, minori, nuove coppie dei prodotti:

* aumentare la conoscenza sui prodotti e processi produttivi orientati allo sviluppo sostenibile che garantiscono il rispetto della salute

Obiettivo generale e obiettivi specifici Piano di indirizzo per la tutela e la difesa dei consumatori e degli utenti

Costituzione Livelli base di cittadinanza sociale Si integra con i seguenti obiettivi generali e specifici:

- sottoscrizione Patti interistituzionali e pluriennali* tutela della sicurezza e della qualità dei prodotti, dei servizi e dei processi produttivi, per il sostegno dei livelli e sottoscrizione Patti territoriali fra i soggetti pubblici e le parti sociali nelle Zone/S.d.S

- servizio sociale professionale prodotti, dei servizi e dei processi produttivi,

con particolare riguardo alle istanze dello

- segretariato sociale sviluppo sostenibile e alla qualificazione

dei prodotti:

- pronto intervento sociale * elevare il livello di assistenza ai cittadini

- Punto Unico di Accesso

- percorso assistenziale personalizzato

Obiettivo generale e obiettivi specifici Piano di indirizzo per la tutela e la difesa dei consumatori e degli utenti

Difesa dei diritti di cittadinanza e di non discriminazione Si integra con i seguenti obiettivi generali e specifici:

- carta di cittadinanza sociale - tutela dei diritti e degli interessi economici e

giuridici dei consumatori e degli utenti,

- diritti di informazione favorendo la correttezza e l'equità dei rapporti

contrattuali e promovendo la soluzione delle

- difesa civica controversie presso le sedi di conciliazione:

* aumentare l'accessibilità dei cittadini alle

- amministratore di sostegno e funzioni diforme di tutela ed il ricorso a forme di pubblica tutela soluzione stragiudiziale
 - cittadinanza allargata e accessibilità * contribuire ad eliminare le clausole vessatorie nei contratti
 - lotta alle discriminazioni e pari opportunità * migliorare le condizioni dei cittadini nei confronti del sistema creditizio e bancario e
 - contrasto povertà ridurre il rischio di sovraindebitamento da parte delle famiglie
 - promozione dell'educazione e dell'informazione dei consumatori e degli utenti in funzione di un rapporto socioeconomico più razionale con la produzione e la distribuzione:
 - * consentire alla maggior parte dei cittadini la possibilità di esercitare il diritto di scelta in modo consapevole
- Obiettivo generale e obiettivi specifici Piano di indirizzo per la tutela e la difesa dei consumatori e degli utenti
- Costruzione società solidale** Si integra con i seguenti obiettivi generali:
- le reti del volontariato e terzo settore - promozione e sviluppo dell'associazionismo
 - servizio civile consumatori/utenti, del loro diritto a essere rappresentati, anche mediante l'istituzione di strutture di sostegno tecnico-professionale
 - una Toscana per i giovani - promozione della collaborazione fra associazioni di consumatori - utenti e pubbliche amministrazioni, per l'erogazione di servizi conformemente a

	standard di qualità e efficienza
Obiettivo generale e obiettivi specifici	Piano di indirizzo per la tutela e la difesa dei consumatori e degli utenti
Coesione e integrazione socio-sanitaria	Si integra con i seguenti obiettivi generali:
- sviluppo modello Società della Salute	- tutela della sicurezza e della qualità dei prodotti, dei servizi e dei processi produttivi,
- sviluppo della integrazione socio-sanitaria	con particolare riguardo alle istanze dello sviluppo sostenibile e alla qualificazione dei prodotti:
	* elevare il livello di assistenza ai cittadini
	- tutela della salute dei consumatori e degli utenti:
	* aumentare la partecipazione dei rappresentanti delle associazioni nella definizione e attuazione degli standard di qualità del servizio sanitario
Obiettivo generale e obiettivi specifici	Piano di indirizzo per la tutela e la difesa dei consumatori e degli utenti
Carattere universalistico dell'assistenza per soggetti non autosufficienti	Si integra con i seguenti obiettivi generali:
- costituzione Fondo non autosufficienza	- tutela della sicurezza e della qualità dei prodotti, dei servizi e dei processi produttivi,
- messa a regime esiti sperimentazione <i>Delib.G.R. n. 402/2004</i>	dellacon particolare riguardo alle istanze dello sviluppo sostenibile e alla qualificazione dei prodotti:
	* elevare il livello di assistenza ai cittadini
- ampliamento modalità sperimentate	- tutela dei diritti e degli interessi economici e giuridici dei consumatori e degli utenti, favorendo la correttezza e

l'equità dei rapporti contrattuali e promovendo la soluzione delle controversie presso le sedi di conciliazione

Obiettivo generale e obiettivi specifici

Piano di indirizzo per la tutela e la difesa dei consumatori e degli utenti

Una società plurale e coesa e inclusione delle persone immigrate Si integra con i seguenti obiettivi generali:

- accesso ai diritti di cittadinanza

- tutela della sicurezza e della qualità dei prodotti, dei servizi e dei processi produttivi, con particolare riguardo alle istanze dello sviluppo sostenibile e alla qualificazione dei prodotti:

* elevare il livello di assistenza ai cittadini

- tutela dei diritti e degli interessi economici e giuridici dei consumatori e degli utenti, favorendo la correttezza e l'equità dei rapporti contrattuali e promovendo la soluzione delle controversie presso le sedi di conciliazione:

* aumentare l'accessibilità dei cittadini alle forme di tutela ed il ricorso a forme di soluzione stragiudiziale

* contribuire ad eliminare le clausole vessatorie nei contratti

* migliorare le condizioni dei cittadini nei confronti del sistema creditizio e bancario e ridurre il rischio di sovraindebitamento da parte delle famiglie

Valutazione di coerenza esterna orizzontale degli obiettivi generali e specifici con il Piano regionale per la cooperazione internazionale 2007-2010

Obiettivo generale e obiettivi specifici

Piano regionale per la cooperazione internazionale

Carattere universalistico dei diritti di cittadinanza Si integra con i seguenti obiettivi generali:

- adeguamento dell'organizzazione integrata del

servizio socio-assistenziale in ambito territoriale

- promozione di interventi diretti a sostenere gli

- sviluppo di programmi regionali a sostegno del 8 Obiettivi del Millennio nei confronti delle sistema

degli interventi e dei servizi

comunità, dei gruppi sociali e degli individui

vittime dei conflitti economici, sociali ecologici,

- costituzione fondo solidarietà istituzionale

civili e militari in tutte le periferie del Nord e

del Sud del sistema mondo

- abbattimento barriere architettoniche

- miglioramento dei processi di partecipazione

- sviluppo dei servizi e sostegno ai programmi di dei soggetti toscani alle iniziative di vita delle famiglie, minori, nuove coppie cooperazione internazionale e di aiuto allo sviluppo:

* partecipazione ai programmi di cooperazione di tutti i soggetti della società civile toscana, in sintonia con la cooperazione dell'UE e delle organizzazioni internazionali

* consolidare e rafforzare i progetti di cooperazione allo sviluppo in atto con l'obiettivo di far crescere rapporti di partenariato con istituzioni locali e società civile, puntando alla valorizzazione delle risorse umane al sostegno dei processi di decentramento e al rafforzamento dei Governi locali e dalla società civile

Obiettivo generale e obiettivi specifici

Piano regionale per la cooperazione internazionale

Difesa dei diritti di cittadinanza e di non discriminazione Si integra con i seguenti obiettivi generali e specifici:

- carta di cittadinanza sociale

- diritti di informazione	- miglioramento dei processi di partecipazione
- difesa civica	dei soggetti toscani alle iniziative di cooperazione internazionale e di aiuto allo sviluppo: * promuovere politiche integrate di sviluppo
- amministrazione di sostegno e funzioni di pubblica tutela	dipartecipativo e di lotta alla povertà anche attraverso il coinvolgimento delle comunità
- cittadinanza allargata e accessibilità	immigrate nella realizzazione di iniziative di sviluppo nei paesi di origine
- lotta alle discriminazioni e pari opportunità	
- contrasto alla povertà	
Obiettivo generale e obiettivi specifici	Piano regionale per la cooperazione internazionale
Costruzione società solidale	Si integra con i seguenti obiettivi generali:
- le reti del volontariato e terzo settore	- processi di partecipazione: * i tavoli regionali di coordinamento
- servizio civile	* il rapporto con il territorio
- una Toscana per i giovani	* la conferenza regionale unificata della cooperazione internazionale e della pace
	- miglioramento dei processi di partecipazione dei soggetti toscani alle iniziative di cooperazione internazionale e di aiuto allo sviluppo
Obiettivo generale e obiettivi specifici	Piano regionale per la cooperazione

internazionale

Coesione e integrazione socio-sanitaria

Si integra con i seguenti obiettivi generali:

- sviluppo modello Società della Salute

- cooperazione sanitaria

- sviluppo della integrazione socio-sanitaria

Obiettivo generale e obiettivi specifici

Piano regionale per la cooperazione internazionale

Una società plurale e coesa e inclusione delle persone immigrate

Si integra con i seguenti obiettivi generali:

- pace, processi di riconciliazione, diritti umani

- accesso ai diritti di cittadinanza

e inclusione sociale

- miglioramento dei processi di partecipazione dei soggetti toscani alle iniziative di cooperazione internazionale e di aiuto allo sviluppo:

* promuovere politiche integrate di sviluppo partecipativo e di lotta alla povertà anche attraverso il coinvolgimento delle comunità immigrate nella realizzazione di iniziative di sviluppo nei paesi di origine

Valutazione di coerenza esterna orizzontale degli obiettivi generali e specifici in relazione al Piano per la Promozione di una cultura di pace 2007-2010

Obiettivo generale e obiettivi specifici

Piano per la promozione di una cultura di pace

Carattere universalistico dei diritti di cittadinanza

Si integra con i seguenti obiettivi generali e specifici:

- adeguamento dell'organizzazione integrata del servizio socio-assistenziale in ambito territoriale

- creare il "Sistema toscano integrato della

cooperazione internazionale e di promozione di

- sviluppo di programmi regionali a sostegno della cultura di pace”:
sistema degli interventi e dei servizi

* sviluppare la mobilitazione e l’impegno della

- costituzione Fondo solidarietà istituzionale

regione contro la ‘Pena di morte’
enfaticizzando

il patrimonio culturale e morale della
Toscana

- abbattimento barriere architettoniche

Azioni:

1. promozione e adesione a campagne

- sviluppo dei servizi e sostegno ai programmi di internazionali contro la pena di morte
vita

delle famiglie, minori, nuove coppie

2. promozione di azione di rete dei soggetti
del territorio che operano con progetti
contro la pena di morte

3. promozione di azioni che colleghino le
azioni locali con le campagne
internazionali

4. promozione di iniziative culturali contro
la pena di morte

* proseguire e sviluppare le iniziative di
dialogo ed accoglienza interculturale e
interreligiosa sul modello dello studentato
internazionale di Rondine Cittadella della
pace e della Rete internazionale della città
rifugio, quali esempi innovativi di
partecipazione e creazione di network a
valenza internazionale enfaticandone le
potenzialità di raccordo con la
progettualità della cooperazione

Azioni:

1. promozione e partecipazione a reti
internazionali che operano per la difesa,
l’accoglienza e la promozione di esseri
umani minacciati e maltrattati

2. promozione e partecipazione a progetti
nazionali e internazionali per la
valorizzazione di esperienze locali di

difesa dei diritti umani

* sostenere le tematiche della promozione del dialogo interreligioso e interculturale

Azioni:

1. sostegno e promozione di progetti che favoriscano il dialogo tra le religioni e le culture

Obiettivo generale e obiettivi specifici

Piano per la promozione di una cultura di pace

Una società plurale e coesa e inclusione delle persone immigrate Si integra con i seguenti obiettivi strategici e specifici del Piano per la promozione cultura di pace:

- accesso ai diritti di cittadinanza

- creare il “Sistema toscano integrato della cooperazione internazionale e di promozione di una cultura di pace”:

* sostenere le tematiche della promozione del dialogo interreligioso e interculturale

Valutazione di coerenza esterna orizzontale degli obiettivi generali e specifici in relazione al Piano Regionale di Azione Ambientale 2007-2010 (P.R.A.A.)

Obiettivo generale e obiettivi specifici

P.R.A.A.

Carattere universalistico dei diritti di cittadinanza Si integra con le seguenti aree prioritarie e macro obiettivi:

- adeguamento dell'organizzazione integrata del servizio socio-assistenziale in ambito territoriale

- obiettivi e interventi trasversali:

- sviluppo di programmi regionali a sostegno del sistema degli interventi e dei servizi

* implementazione e integrazione dei quadri conoscitivi e dei sistemi informativi

* cooperazione internazionale

- costituzione Fondo solidarietà istituzionale

* comunicazione per l'eco-efficienza e l'educazione ambientale sul territorio

* implementazione e valutazione dello

- abbattimento barriere architettoniche sviluppo sostenibile

- sviluppo dei servizi e sostegno ai programmi di vita delle famiglie, minori, nuove coppie

Obiettivo generale e obiettivi specifici P.R.A.A.

Coesione e integrazione socio-sanitaria

Si integra con le seguenti aree prioritarie e

- sviluppo modello Società della Salute;

macro obiettivi:

- sviluppo della integrazione socio-sanitaria

- ambiente e salute:

* ridurre la percentuale di popolazione esposta all'inquinamento atmosferico

* ridurre la percentuale di popolazione esposta all'inquinamento acustico, all'inquinamento elettromagnetico e alle radiazioni ionizzanti

* ridurre gli impatti dei prodotti fitosanitari e delle sostanze chimiche pericolose sulla salute umana e sull'ambiente

* ridurre il grado di accadimento di incidente rilevante

- natura, biodiversità e difesa del suolo:

* aumentare la percentuale delle aree protette, migliorarne la gestione e conservare la biodiversità terrestre e marina

* ridurre la dinamica delle aree artificiali

* mantenere e recuperare l'equilibrio idrogeologico e ridurre l'erosione costiera

* prevenire il rischio sismico e ridurre gli effetti

Obiettivo generale e obiettivi specifici P.R.A.A.

- uso sostenibile delle risorse naturali e gestione dei rifiuti:

* ridurre la produzione totale di rifiuti, migliorare il sistema di raccolta differenziata e diminuire la percentuale conferita in discarica

* bonificare i siti inquinati e ripristinare le aree minerarie dismesse

* tutelare la qualità delle acque interne e costiere e promuovere un uso sostenibile della risorsa idrica

Valutazione di coerenza interna verticale

Scenari internazionali, nazionali e regionali di riferimento	Obiettivi generali	Obiettivi specifici	Livello di coerenza
Livello internazionale	Carattere universalistico	- adeguamento dell'organizzazione integrata del servizio socio-assistenziale	1
<i>Agenda sociale 2005-2010:</i> Carta di	recepisce i diritti di	in ambito territoriale;	
Lisbona 2000: sostiene che la crescita economica deve	cittadinanza	- sviluppo di programmi regionali a	1
andare di pari passo con la crescita sociale, intesa come		sostegno del sistema degli interventi e	
crescita dei diritti di cittadinanza sociale;		dei servizi	
		- costituzione Fondo solidarietà istituzionale	2
		- abbattimento barriere architettoniche	2

		- sviluppo dei servizi e sostegno ai programmi di vita delle famiglie, minori, nuove coppie	2
Livello nazionale	Costituzione	- sottoscrizione Patti interistituzionali e	1
<i>L. n. 328/2000</i> istituisce il Fondo sociale nazionale;	Livelli di	basepluriennali per il sostegno dei livelli e	
definisce un nuovo assetto dei servizi e delle prestazioni sociali e socio integrati; individua le materie riconducibili ai Livelli di assistenza sociale (LIVEAS); individua la dimensione territoriale della programmazione; determina le singole politiche settoriali inserendole in un contesto unitario; riordina le pensioni di carattere assistenziale.	di	sottoscrizione Patti territoriali fra i soggetti pubblici e le parti sociali nelle Zone/S.d.S.	
		- servizio sociale professionale	1
		- segretariato sociale	1
		- pronto intervento sociale	1
		- Punto Unico di Accesso	1
		- percorso assistenziale personalizzato	1
	Difesa dei diritti	- carta di cittadinanza sociale	2
Quadro degli interventi sociali: esistono molte leggi che si contraddistinguono per la disciplina e per il tipo di utenza interessata: <i>L. n. 104/1992</i>	di cittadinanza e	- diritti di informazione	1
	di non	- difesa civica	2
	discriminazione	- amministratore di sostegno e funzioni	3
(inserimento sociale e scolastico delle persone disabili);		di pubblica tutela	

L. n. 68/2000 (inserimento lavorativo delle persone	- cittadinanza allargata e accessibilità	2
disabili); L. n. 149/2001 (di modifica della L. n.	- lotta alle discriminazioni e pari	1
184/1983 su affidamento ed adozione e prevede la	opportunità	
chiusura degli istituti); D.Lgs. n. 268/1998 (norme sugli	- contrasto alla povertà	2
immigrati); L. n. 269/1998 (norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù); Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003 (contiene misure di contrasto alla povertà); L. n. 228/1993 (norme sulla tratta); D.Lgs. n. 502/1992 e D.Lgs. n. 229/1999 (introducono il concetto di integrazione socio-sanitaria); D.Lgs. n. 77/2002 (norme sul servizio civile nazionale)		1
	Costruzione - le reti del volontariato e terzo settore	1
Livello regionale	società solidale - servizio civile	1
L.R. n. 41/2005 e L.R. n. 40/2005 (rispettivamente	- una Toscana per i giovani	1
disciplina del sistema di servizi e interventi sociali,	Introduzione - accreditamento strutture e servizi	1
sociosanitari integrati e sanitari); L.R. n. 43/2004 (norme	- regole per l'affidamento	1
in materia di trasformazione delle IPAB in ASP); L.R.		
n. 66/2003 (norme in materia di barriere architettoniche);	Coesione e - sviluppo modello Società della Salute	1
L.R. n. 31/2000 (norme relative all'Istituto degli	integrazione - sviluppo della integrazione socio-	1

Innocenti); <i>L.R. n. 35/2006</i> (norme insocio- materia di servizio civile regionale)	sanitaria sanitaria				
	Carattere - costituzione Fondo non autosufficienza			1	
	universalistic - messa a regime esiti della o			1	
	dell'assistenza sperimentazione <i>Delib. G.R. n. a 402/2004</i>				
	per i soggetti- ampliamento modalità non sperimentate			2	
	autosufficienti				
	Una società- accesso ai diritti di plurale ecittadinanza			1	
	coesa e inclusione delle persone immigrate				

Legenda del livello di coerenza (commisurato sia alla componente temporale sia all'importanza):

- 1: molto elevato
- 2: elevato
- 3: medio

Valutazione di coerenza interna orizzontale

Obiettivi generali	Obiettivi specifici	Azioni	Livello di coerenza	Indicatori	Livello attuale/risultati attesi
		Interventi squilibrati	1	Numero richieste	Effettiva erogazione del contributo
	Abbattimento	sperimentazioni	2	numero	incremento efficacia
	barriere architettoniche	riparto finanziamento edilizia privata	1	entità	miglioramento tempi di attuazione
Carattere		sostegno alle		spesa	realizzazione

universalistico	responsabilità		1	spesa/famiglie progetti	
dei diritti di	familiari			progetti intervento	
Cittadinanza	sostegno alla			progetto	realizzazione
	maternità e alla		1	intervento	progetti
sviluppo servizi	deinascita				
e sostegno ai	sostegno attività	ad	1	numero contributi	
programmi di	di cura			spesa	
vita delle famiglie,	prevenzione disagio		1	numero contributi	
minori, nuove	economico			spesa	
coppie	sostegno diritti		1	numero progetti/	realizzazione
	dei minori			interventi spesa	progetti
	rafforzamento				realizzazione
	della conoscenza		1	progetti attivati	progetti
	dell'affido				
	rafforzamento			numero	realizzazione
	percorso assistenziale		1	progetti/interv enti	progetti
	dell'affido			spesa	
	adozione nazionale		1	numero casi/	riuscita positiva
	e internazionale			spesa	
	accoglienza in			numero casi/	miglioramento
	strutture		1	spesa	condizioni minori

residenziali

accolti

sviluppo servizi
deiminori vittime di

numero progetti/

realizzazione

e sostegno ai

maltrattamento,

1

interventi spesa

progetti

programmi di

abuso e abbandono

vita delle famiglie, minori non

1

numero assistiti/

minori, coppie

nuove accompagnati

spesa

interventi a sostegno

2

numero

nuove coppie

Interventi/spesa

collaborazioni con

2

numero

istituti/enti

attivazioni

conciliazione dei

numero progetti/

tempi di cura e di

2

spesa

lavoro

sottoscrizione Patti

Costituzione Livelli

Interistituzionali e

Base Cittadinanza

di Pluriennali per il

sottoscrizione

Sociale

sostegno dei livelli e

numero

dei Patti

sottoscrizione Patti	governance locale	1	conferenze	in tutte le realtà
territoriali fra i			attivate	territoriali
soggetti pubblici e le				
parti sociali nelle				
Zone/S.d.S.				conoscenza entità
	monitoraggio	1	entità attuale	attuale operatori e loro
Servizio Sociale			operatori	collocazione nei
Professionale				servizi territoriali
	implementazione e servizio	1	differenziale	incremento operatori
				individuazione
	standardizzazione	1	rapporto	standard per
			popolazione	omogeneità e adeguatezza territoriale
	monitoraggio	1	numero esperienze attive	conoscenza esperienze presenti in Toscana
	implementazione e servizio	1	differenziale	incremento servizio
Segretariato Sociale				individuazione
	standardizzazione	1	rapporto	standard per
			popolazione	omogeneità e adeguatezza territoriale

					conoscenza dei servizi
		monitoraggio	1	numero di pronto intervento	
				esperienze attive	sociale attivi sul territorio
Pronto Sociale	Intervento implementazione e servizio		1	differenziale	incremento servizio
					individuazione
		standardizzazione	1	rapporto	standard per
				popolazione	omogeneità e adeguatezza territoriale
		monitoraggio	1	N. PUA funzionanti	conoscenza esperienze presenti in Toscana
Punto Accesso	Unico di implementazione e servizio		1	N. accessi attivati	Incremento servizio
					individuazione
		standardizzazione	1	N. registrati	cas standard per
					omogeneità e adeguatezza territoriale
		adeguamento cartella		incontri con operatori territorio	standardizzazione dati
Percorso assistenziale personalizzato	sociale		1	operatori territorio	del base sociale a livello regionale
		monitoraggio del percorso	1		raccolta e analisi dati servizi

						territoriali
		valutazione efficacia				raccolta e analisi
		e appropriatezza degli interventi	1			informazioni servizi sociali territoriali
						completamento del
Difesa dei Diritti di						percorso di adozione
Cittadinanza e di non						delle carte di
discriminazione	Carta Cittadinanza Sociale	di estensione a tutte le zone	1	numero progetti		cittadinanza sociale ed aggiornamento di quelle già adottate dalle comunità locali
						completamento del
						percorso di adozione
						delle carte di
		diffusione dei contenuti	2	numero iniziative /implementazione		cittadinanza sociale ed aggiornamento di quelle già adottate dalle comunità locali
		semplificazione dell'informazione e	1	numero progetti/spesa		realizzazione progetti
	Diritti informazione	di miglioramento accessibilità	1	n. progetti, iniziative spesa	n. realizzazione progetti	
		Integrazione dell'informazione e	2	accordi attivati		

Difesa Civica	diffusione/conoscenza	1	iniziative attivate	
Amministratore di promozione			numero progetti/	diffusione conoscenza
Sostegno funzioni di pubblica tutela	emodello condiviso	1	iniziative/spesa	strumento
Cittadinanza allargata accessibilità	conoscenza fenomeno	1	numero progetti/ iniziative/spesa	realizzazione progetti
	sensibilizzazione	2	iniziative attivate	
	sensibilizzazione e informazione	1	numero iniziative	
Lotta alle discriminazioni Pari Opportunità	alle coordinamento e integrazione interdipartimentale	2	accordi attivati	
	Implementazione e interventi	1	n. progetti/ iniziative spesa	realizzazione progetti
	prevenzione	1	numero iniziative	
	integrazione delle politiche	2	accordi attivati	
	agenzie alloggio sociale	3	n. iniziative spesa	
Difesa Diritti Cittadinanza e di non discriminazione	Contrasto dipovertà e non discriminazione	3	spesa	
	rafforzamento percorso socio-assistenziale	1	n. progetti/ iniziative spesa	realizzazione progetti
Costruzione società solidale	incentivare l'associazionism	1	incremento del	

	o		numero		
Le reti volontariato terzo settore	delcoordinare gli interventi di carattere pubblico e di carattere privato nel sistema pubblico dei servizi	2	numero convenzioni/ accordi		
	monitoraggio progetti	2	numero progetti osservati		analisi dati
Servizio Civile	accreditamento soggetti	1	numero enti		
	avviamento progettazione	2	numero progetti/giovanini		realizzazione progetti
	favorire l'inserimento sociale	1	numero giovani interessati rispetto al totale		coinvolgimento dei giovani
Una Toscana per giovani	icoordinare gli interventi nei vari settori	2	accordi locali associazioni		entiattivazione accordi stipulati
	costruzione di progetti integrati	1	numero progetti/giovanini		realizzazione progetti
Accreditamento strutture e servizi alla persona	individuazione criteri di qualità per strutture e servizi	1	si/no		predisposizione regolamento regionale
Introduzione percorsi di qualità	buoni servizio	1	numero progetti attivati		realizzazione progetti
Regole l'affidamento servizi	percriteri e linee-deguida	1	si/no		predisposizione indirizzi regionali
	predisposizione strumento normativo	1	bozza articolato		approvazione strumento

					normativo
		Pis come strumento di programmazione locale	1	n. PIS approvati formalmente	
	Sviluppo Società Salute	modellovalutazione e dellamonitoraggio	1	relazioni annuali azioni contenute PIS	report sulleattività valutazione nelmonitoraggio regionale e relazioni consuntive locali
Coesione e integrazione socio-sanitaria		nuovi stili di vita	2	azioni di promozione dei nuovi stili di vita	
		ambito materno infantile	1	progetti integrati attivati estensione servizi territoriali	realizzazione progetti
	Sviluppo della	disabili	1	come sopra	realizzazione progetti
	integrazione socio-	anziani	1	come sopra	realizzazione progetti
	sanitaria	dipendenza	1	come sopra	realizzazione progetti
		patologie psichiatriche	1	come sopra	realizzazione progetti
		soggetti affetti da AIDA	1	come sopra	realizzazione progetti
		Malati terminali	1	come sopra	realizzazione progetti
Carattere universalistico dell'assistenza per i soggetti non autosufficienti	Costituzione Fondo autosufficienza	Sottoscrizione nonPatto Istituzionale	1	n. istituzionali coinvolti nella concertazione e sottoscrizione	del Piano di attivazione nella

				del patto
	definizione livelli	1	indici di individuazione gravità definiti percorso assistenziale	
	individuazione e articolazione offerta e domanda	1	ISO risorse calcolate	
	compartecipazione	1	livello / % di sostenibilità compartecipazione dell'intervento	
	prevenzione	1	n. anziani fragili intercettati realizzazione interventi	
	Messa a regime esiti sperimentazione <i>Delib. G.R. n. 402/2004</i>	1	n. accessi programmati di seguito dimissioni ospedaliere attivazione percorsi assistenziali	
	estensione degli interventi	2	n. utenti annui aumento delle persone raggiunte	
	sviluppo flessibilità degli interventi	2	n. PAdeguatezza del modificati percorso durante l'anno assistenziale personalizzato	
	riqualificazione unità di valutazione	1	n. provvedimenti annui di costituzione delle UVM	
Ampliamento modalità sperimentate	Gestione unitaria integrata	1	n. zone distretto coerenti con <i>Delib. G.R. n. 402/2004</i>	
	Intervento normativo immigrazione	1	Elaborazione proposta legge regionale	Approvazione legge regionale
Una Società plurale e inclusione	Accesso ai diritti di cittadinanza e attenzione particolari categorie:	1	n. Realizzazione progetti/interventi	Realizzazione progetti

delle persone immigrate	richiedenti asilo, rifugiati, rom-sinti		enti spesa
	Personesoggette a misure dell'Autorità Giudiziaria	1	n. Realizzazione progetti/interventi spesa
	Percorsi di uscita dalla prostituzione e situazioni di violenza e abuso	1	n. Realizzazione progetti/interventi spesa
	Pari opportunità e armonizzazione tempi e spazi	1	n. Realizzazione progetti/interventi spesa

Come legenda per il livello di coerenza è stato utilizzato lo stesso metodo usato per la tabella relativa alla valutazione di coerenza interna verticale. Non essendo disponibili serie storiche che consentono il confronto dei risultati attesi con i livelli attuali, si è ritenuto opportuno quantificare la realizzazione dei risultati attesi in termini descrittivi. In alcuni casi i risultati attesi sono definiti al livello locale.

Valutazione di fattibilità economico finanziaria

Le risorse disponibili per le attività previste dal Piano Integrato Sociale Regionale sono costituite principalmente da risorse proprie regionali (FRAS) e da risorse derivanti dal Fondo Nazionale Politiche Sociali (FNPS) istituito con la *legge n. 328/2000*. Altre risorse derivano dal Fondo Sanitario, per interventi che afferiscono all'area della cosiddetta "alta integrazione sanitaria", e da trasferimenti statali derivanti da leggi di settore.

Le variazioni annuali delle risorse medesime dipendono in via prioritaria dal variare del Fondo Sociale Nazionale la cui entità non è costante nel corso degli anni. La tabella sotto riportata evidenzia l'entità delle variazioni che, ad esempio, tra l'anno 2004 ed il 2005 risultano particolarmente accentuate. In quel biennio il finanziamento assegnato dallo Stato alla Regione Toscana ha subito una decurtazione pari al 25%; in questo caso la Regione, ha trasferito al territorio risorse proprie in percentuale più alta rispetto alla media, comprimendo le risorse direttamente gestite per progetti di carattere innovativo e sperimentazioni volte anche a ridurre le differenze territoriali.

Anno	Fondo regionale	Fondo statale	Totale Fondo Sociale
2002	32.953.252,00	53.591.995,58	86.545.247,58
2003	45.090.799,00	56.446.613,00	101.537.412,00
2004	52.386.000,00	58.369.064,00	110.755.064,00

2005	42.508.561,00	33.052.805,00	75.561.366,00
2006	44.927.280,00	50.048.116,00	94.975.396,00

Così ripartito:

anno	Fondi per investimenti	quote a parametro e a budget ripartite direttamente al territorio	quote finalizzate ripartite direttamente al territorio	quote gestite direttamente dal livello regionale	Totale Fondo Sociale
2002	9.808.334,00	61.933.672,00	5.747.241,58	9.056.000,00	86.545.247,58
2003	15.915.988,00	56.300.000,00	22.692.246,00	6.629.178,00	101.537.412,00
2004	24.100.000,00	47.060.000,00	29.434.064,00	10.161.000,00	110.755.064,00
2005	19.287.631,00	33.170.000,00	14.627.048,00	8.476.687,00	75.561.366,00

2006 19.737.873,00 56.178.399,00 5.303.806,00 13.755.318,00 94.975.396,00

La parte più consistente delle risorse disponibili, come indicato in tabella, viene trasferita al territorio con riferimento alle zone-distretto per il sostegno del sistema degli interventi e dei servizi a garanzia dei livelli base di cittadinanza sociale e per il finanziamento di progetti locali che vedono, nella maggior parte dei casi, la cooperazione tra i livelli istituzionali e i soggetti privati del terzo settore.

Tra le iniziative, finanziate attraverso le quote finalizzate, si evidenziano in particolare quelle dedicate al sostegno alla natalità (anni 2002/2003), al sostegno all'acquisto della prima casa da parte di giovani coppie (2004) e giovani coppie con figli (2005), al contrasto della povertà attraverso erogazioni ai Comuni con più di 30.000 abitanti, alla istituzione di un Fondo di solidarietà rivolto a quei territori che, per eventi non programmabili, si siano trovati in situazioni di particolari difficoltà.

Un discorso a parte merita la politica degli investimenti praticata al fine di dotare il territorio regionale di strutture rivolte alle persone più fragili, quali i disabili, gli anziani ed i minori privi del sostegno familiare.

Per quanto riguarda la parte delle risorse che la Regione ha gestito direttamente, si segnala il sostegno dato alle Province per la costituzione ed il funzionamento degli Osservatori Sociali Provinciali, il finanziamento di iniziative rivolte ai giovani tramite il progetto integrato regionale "Una Toscana per i giovani"; il contributo per il superamento dei campi nomadi e per l'inserimento degli immigrati, diversi progetti per favorire l'inserimento sociale delle persone disabili.

L'attuazione del PISR

La valutazione di fattibilità deve tener conto dell'insieme delle risorse necessarie per gli obiettivi indicati dal PISR e delle previsioni già contenute nel Piano Regionale di sviluppo, con particolare riferimento ai PIR previsti dallo stesso PRS.

1. Le risorse libere regionali derivano dalle previsioni del Bilancio pluriennale (2007-2009) e dalla relativa proiezione per l'anno 2010 e risultano consolidate quale spesa storica di trasferimento agli Enti locali territoriali.

Una parte delle risorse previste per il 2007 è già stata impegnata o prenotata in conseguenza della proroga del PISR 2002-2004 operata dall'*articolo 63, comma 2, della L.R. n. 41/2005*.

Risorse libere regionali - Bilancio previsione 2007 Pluriennale 2008-2009

UPB	2007	di cui prenotati o impegnati	2008	2009	2010 (ipotesi)
122	100.000,00	18.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00
211	2.390.000,00		2.390.000,00	2.390.000,00	2.400.000,00
212	450.000,00	35.000,00	450.000,00	450.000,00	450.000,00
221	1.990.000,00	385.000,00	1.740.000,00	1.990.000,00	2.000.000,00
231	17.500.000,00		17.500.000,00	17.500.000,00	18.000.000,00

261	600.000,00		600.000,00		600.000,00
Totale	23.030.000,00	438.000,00	22.780.000,00	22.430.000,00	23.550.000,00

2. Le risorse regionali derivanti dal Fondo Sanitario sono contenute nelle previsioni del Bilancio pluriennale (2007-2009) e nella relativa proiezione per l'anno 2010 e risultano quale spesa di iniziativa regionale riferita alle attività dei settori della integrazione socio-sanitaria. Non è ricompresa la spesa per gli stessi ambiti di intervento di trasferimento alle Aziende USL del Fondo Sanitario per i livelli essenziali (LEA).

Tali risorse sono collegate al Piano sanitario regionale (PSR) 2005-2007, approvato con *Delib.C.R. 16 febbraio 2005, n. 22* e alla proiezione sul successivo periodo di programmazione.

UPB	2007	di cui prenotati o impegnati	2008	2009	2010 (ipotesi)
261	6.009.850,00	2.347.850,00	5.847.850,00	5.847.850,00	5.900.000,00
265	2.300.000,00	2.060.000,00	2.300.000,00	2.300.000,00	2.300.000,00
Totale	8.309.850,00	4.407.850,00	8.137.850,00	8.147.850,00	8.200.000,00

3. Le risorse derivanti dallo Stato sono quelle previste nella Finanziaria 2007, anche con riferimento al bilancio pluriennale, per il Fondo Nazionale Politiche Sociali e per gli altri Fondi finalizzati introdotti dalla stessa finanziaria. Al momento della redazione del piano è ancora in corso la trattativa con il Governo per la determinazione delle quote di trasferimento alle regioni, in quanto la sola quantificazione dei Fondi in sede di Bilancio non definisce e non assicura le somme effettivamente assicurate alle Regioni.

Finanziamento statale - Stime

	2007	2008	2009	2010 (ipotesi)
FNPS	62.225.000,00	65.500.000,00	65.500.000,00	65.500.000,00
Altri fondi	12.000.000,00	16.800.000,00	16.800.000,00	16.800.000,00
Totale	74.225.000,00	82.300.000,00	82.300.000,00	82.300.000,00

4. Nel Programma Regionale di Sviluppo 2006-2010 è inserito il PIR "Assistenza e integrazione per la non autosufficienza" che promuove un programma di generalizzata estensione della assistenza ai soggetti non autosufficienti e disabili anche con l'attivazione di risorse regionali che integrano l'attuale spesa del Fondo Sanitario per i livelli essenziali (LEA) per la non autosufficienza.

Nel 2008 la proposta di Finanziaria dovrebbe assegnare alla Regione Toscana, per il Fondo nazionale per la non autosufficienza, risorse pari a circa 30 milioni di Euro.

Nel 2008 le risorse dedicate al Progetto per la non autosufficienza verranno a coprire solo una parte dell'anno: l'attivazione del progetto è infatti prevista per maggio/giugno 2008.

Per il 2009 e per gli anni seguenti dovrà essere valutata l'ulteriore implementazione delle risorse da destinare al Progetto per la non autosufficienza, per trasferimenti del Fondo nazionale per la non autosufficienza, per il quale è stato ipotizzato l'incremento progressivo nel 2009 e nel 2010 (come risulta dai verbali delle riunioni della Commissione Politiche sociali della Conferenza Unificata), ovvero per l'eventuale individuazione di ulteriori risorse regionali.

Relativamente al Fondo sanitario, le risorse indicate individuano la spesa attualmente accertata per i Livelli Essenziali di Assistenza sanitari per la non autosufficienza.

Tali risorse saranno assegnate al Progetto per la non autosufficienza con un procedimento di tipo modulare e in particolare:

a) nel 2008 sarà destinata una quota di risorse al Progetto con riferimento al periodo della sua attivazione (modularità relativa al tempo);

b) in relazione al suo sviluppo annuale, saranno progressivamente ricondotte al Progetto le funzioni residenziali (nel 2008) e progressivamente vi sarà l'estensione alle funzioni semiresidenziali e domiciliari (nel 2009 e nel 2010) (modularità relativa alle funzioni assistenziali);

c) sarà ulteriormente implementabile la spesa relativa alla disabilità di soggetti con età inferiore ai 65 anni (modularità relativa ai soggetti fruitori).

Risorse per la non autosufficienza (P.I.R. 2.5 del P.R.S. 2006-2010)

	2008	2009	2010
Risorse nazionali	25.000.000	25.000.000	25.000.000
Risorse nazionali	30.000.000,00	30.000.000,00	30.000.000,00
Ulteriori risorse nazionali e/o regionali		45.000.000,00	95.000.000,00
Totale 1	55.000.000,00	100.000.000,00	100.000.000,00

Fondo sanitario - Livelli essenziali per la non autosufficienza (LEA)

	2008	2009	2010
Assistenza e integrazione per la non autosufficienza – (P.I.R. 2.5 del P.R.S. 2006-2010)	180.000.000,00	230.000.000,00	280.000.000,00
Totale 2	180.000.000,00	230.000.000,00	280.000.000,00
Totale complessivo 1 + 2	235.000.000,00	330.000.000,00	430.000.000,00

5. Negli interventi territoriali che realizzano il progetto di “Assistenza e integrazione per la non autosufficienza” va considerata l’importante scenario di risorse pubbliche che non transitano dal bilancio regionale (Comuni ed altri Enti Locali, sulla base della rilevazione ISTAT della spesa sociale), inoltre delle risorse che costituiscono trasferimenti economici di natura assistenziale alle famiglie sulla base di provvedimenti nazionali (indennità di accompagnamento), e delle diverse forme di compartecipazione diretta da parte dei cittadini e delle famiglie, queste derivanti ovviamente da stime.

Altre risorse attivabili ma che non transitano dal bilancio regionale

	2007	2008	2009	2010
Enti Locali	120.000.000,00	120.000.000,00	120.000.000,00	120.000.000,00
Emolumenti assistenziali e compartecipazioni	560.000.000,00	560.000.000,00	560.000.000,00	560.000.000,00
Totale	680.000.000,00	680.000.000,00	680.000.000,00	680.000.000,00
 Totale complessivo	 2.720.000.000,0	 0		

6. Nel Programma Regionale di Sviluppo 2006-2010 è inoltre inserito il PIR “Inclusione e cittadinanza degli immigrati nella multiculturalità” che prevede l’entrata in vigore della normativa regionale in materia di immigrazione e la sua relativa attuazione, promuovendo l’integrazione delle politiche regionali sull’immigrazione attraverso la creazione di un piano condiviso in materia, il rafforzamento del modello toscano fondato sulla dignità della persona che permetta di passare da una logica dell’ordine pubblico ad una logica dell’accoglienza e favorisce la stabilizzazione del migrante nella nostra regione.

Le risorse individuate per questo PIR non sono aggiuntive, in analogia alle previsioni contenute nella proposta di DPEF, in quanto sono identificate risorse già presenti nel Fondo sociale regionale e dai trasferimenti nazionali e finalizzate a tali interventi.

7. Le risorse per le politiche degli investimenti sono contenute nelle previsioni del Bilancio pluriennale (2007-2009) e dalla relativa proiezione per l’anno 2010 e hanno la finalità di dotare il territorio regionale di strutture aperte ai bisogni delle persone socialmente più fragili, quali disabili, gli anziani, i minori privi del sostegno familiare, le persone senza dimora, ecc. Le risorse della UPB 222 includono l’importo complessivo di Euro 4.000.000,00 (di cui Euro 1.620.000,00 per il 2007 ed Euro 1.190.000,00 per ciascuno degli anni 2008 e 2009) stanziati a seguito della *L.R. n. 70/2005* (Legge finanziaria regionale per l’anno 2006) per il Programma straordinario degli investimenti per lo sviluppo di strutture innovative per il sociale.

Investimenti

UPB	Fondo	2007	2008	2009	2010 (ipotesi)
222	regionale	4.230.000,00	3.800.000,00	3.800.000,00	4.000.000,00
233	regionale	407.872,72	437.872,72	437.872,72	450.000,00
246	sanitario	250.000,00	250.000,00	250.000,00	250.000,00
totale regionale		4.887.872,72	4.487.872,72	4.487.872,72	4.700.000,00

Nel quadro complessivo può essere considerata anche la partecipazione alla spesa delle ASL, che intervengono con risorse proprie nei casi di domanda di interventi complessi che richiedono la compresenza di competenze sia di ambito sanitario che sociale (l'area della cosiddetta alta-integrazione socio-sanitaria, in cui rientrano principalmente l'assistenza domiciliare integrata e residenziale).

Riepilogo delle risorse che transitano dal bilancio regionale

tipologia risorse	2007	di cui prenotati o impegnati	2008	2009	2010 (ipotesi)
libere regionali	23.030.000,00	438.000,00	22.780.000,00	22.430.000,00	23.550.000,00
fondo sanitario	8.309.850,00	4.407.850,00	8.147.850,00	8.147.850,00	8.200.000,00
fondo statale (stime)	74.225.000,00	82.300.000,00	82.300.000,00	82.300.000,00	82.300.000,00
risorse per la non autosufficienza			55.000.000,00	100.000.000,00	100.000.000,00
fondo sanitario Livelli essenziali per la non autosufficienza			180.000.000,00	230.000.000,00	280.000.000,00
libere regionali per investimenti	4.887.872,72		4.487.872,72	4.487.872,72	4.700.000,00
Totale	110.452.722,72	4.845.850,00	352.715.722,72	447.365.722,72	548.750.000,00
Totale complessivo	1.459.284.168,1	6			

Valutazione degli effetti attesi

L'obiettivo prioritario del PiSR 2007-2010 è di qualificare e sviluppare il sistema di welfare toscano, in particolare per quanto riguarda l'efficacia degli interventi, valutata sui bisogni dei cittadini, e l'equilibrio territoriale dell'offerta.

Gli effetti attesi sono individuabili principalmente in tre macro obiettivi:

- Aumento spesa sociale e sociosanitaria con particolare attenzione ai servizi e agli interventi per le persone anziane non autosufficienti;

- Incremento e diffusione dei livelli organizzativo/prestazionali relativi all'accesso, alla valutazione, alla predisposizione del percorso assistenziale personalizzato e alla presa in carico attraverso la presenza in tutte le Zone/S.d.S. del Punto Unico di Accesso, del Segretariato Sociale e del Pronto intervento sociale per la conseguente piena realizzazione del carattere universalistico del sistema dei servizi socio-assistenziali;

- Completamento del quadro normativo con la legge sull'accreditamento e con la legge sull'immigrazione.

Per realizzare tali obiettivi è prevista, in collaborazione con Istituti, quali L'IRPET, con le Università Toscane e altri centri di ricerca, l'attivazione di percorsi di conoscenza dei fenomeni sociali al fine di conferire alle politiche sociali toscane il necessario carattere di proattività, mettendo precocemente in evidenza i bisogni ed evitandone la trasformazione in motivi di disagio sociale tali da conferire alle politiche sociali una connotazione di tipo assistenziale. Allo stesso tempo, si individuano specifiche metodologie di valutazione della programmazione regionale e locale (Piani Integrati di Salute) al fine di riscontrare l'efficacia delle azioni da essa derivanti.

Gli effetti attesi con l'attuazione del piano hanno riflessi sul piano ambientale, economico, del territorio, della salute e dell'istruzione e di seguito vengono elencati i principali aspetti:

Ambiente

Effetto

Un intervento forte e qualificato sulla inclusione sociale ed in particolare sugli aspetti relativi al contrasto della povertà e all'attivazione di un welfare solidale efficiente e produttivo, determina in primo luogo effetti di diminuzione di rischio sia sul piano individuale che sociale con effetti positivi rispetto alla salute della popolazione. Così come la tutela dell'ambiente e della salute, si riflette positivamente sul benessere individuale e sociale della comunità.

Una crescita complessiva del capitale sociale può determinare ragionevoli effetti di miglioramento nella riduzione e razionalizzazione dei consumi e delle risorse.

Interventi appropriati sulle strutture determinano inoltre miglioramenti relativi ai consumi, in particolare al contenimento dei consumi di carattere energetico e all'attivazione di fonti rinnovabili.

La valorizzazione di tutto il compatto del volontariato determina una positiva ricaduta su diversi ambiti fra cui quello della protezione ambientale ed ecologica.

Economia

Effetto

Solidità della crescita economica.

La maggiore quantità e qualità di effetti prodotti dagli interventi e dalle azioni previste all'interno del PISR sono senz'altro riferibili oltre che agli aspetti sanitari

anche a quelli economici.

La spesa sociale, con un valore complessivo a carico delle amministrazioni locali di circa Euro 417.000.000, rappresenta un forte impegno economico e raggiunge un valore superiore ad Euro 650.000.000 se consideriamo anche la compartecipazione dei cittadini e di altri soggetti pubblici quali le Aziende Sanitarie. Bisogna inoltre considerare ulteriori, Euro 150.000.000 come valore degli interventi del volontariato per la parte relativa al sociale. Se aggiungiamo inoltre il valore delle attività prodotte dalle cooperative sociali si superano largamente Euro 1.000.000.000 che, per una Regione come la nostra rappresentano un dato economico sicuramente rilevante anche dal punto di vista dell'occupazione e delle potenzialità di sviluppo dell'area dei servizi.

A questo occorre aggiungere gli interventi nel settore degli investimenti (realizzazione nuove strutture, adeguamento locali strutture sulla base di nuovi criteri di accreditamento), che determinano un incremento sostanziale del PIL prodotto

Coesione sociale

Il forte effetto redistributivo tra i vari settori di intervento ed in particolare gli interventi di sostegno al reddito nelle fasce deboli della popolazione, nella famiglia e negli anziani, determinano effetti di equa distribuzione del reddito disponibile. Analogamente, gli interventi di mantenimento e miglioramento dei livelli base di cittadinanza sociale determinano una forte azione di riparametrazione della spesa sociale a livello territoriale, privilegiando le zone più deboli e marginali della Regione

Equilibrio della finanza pubblica

Le risorse trasferite dalla Regione al territorio seguono criteri orientati verso un'ottica di sostenibilità finanziaria e miglioramento dei conti pubblici.

In questo senso viene evitata una distribuzione generalizzata delle risorse regionali privilegiando la selezione in base a criteri individuati attraverso percorsi di governance locale.

Equilibrio del mercato del lavoro

L'intervento ha una forte ricaduta sul tasso di occupazione, riferito ai dipendenti con specifiche qualifiche professionali chiamati a rispondere alle maggiori richieste del mercato (assistenti sociali, OSS, educatori ecc).

Il mercato del lavoro nel settore sociale è un mercato la cui crescita dipende dalla dimensione dell'offerta, dal ruolo pubblico e privato e dalla diversificazione e mutamento del bisogno sociale in relazione ai nuovi fenomeni sociali.

Cresce anche la necessità di formazione degli operatori che lavorano o lavoreranno nel sociale a motivo della complessità delle caratteristiche dei nuovi bisogni - principalmente flussi migratori - che interessano la nostra Regione.

Territorio**Effetto****Qualità e competitività dei sistemi urbani e insediamenti**

L'approvazione del Piano trova corrispondenza con l'impatto indicato, in quanto le politiche sociali, in senso lato, determinano condizioni di riqualificazione dei sistemi urbani più degradati dove si registrano gravi problemi di inclusione sociale; la presenza di strutture sociali che favoriscono le informazioni e l'accesso si pone in rapporto con il contenimento dei fenomeni di degrado.

Una influenza positiva è determinata anche dall'efficienza delle reti, soprattutto per l'attivazione delle reti tecnologiche che rappresentano una effettiva e ulteriore possibilità di risposta ai problemi di comunicazione e inclusione sociale.

Salute**Effetto**

Il piano rappresenta una concreta esperienza di integrazione con l'analogo piano sanitario. All'interno del Piano Integrato Sociale Regionale si prevede infatti una parte specifica relativa a tutti i settori dell'integrazione socio-sanitaria, denominato piano per l'integrazione sociale e sanitaria, che mantiene la propria validità sia per il PISR che per il PSR; successivamente, nel 2010, si procederà invece ad un'unica programmazione sia per il sociale che per il sanitario. Già il PSR 2005-2007 rende inscindibile l'intreccio delle politiche sanitarie con quelle sociali nella più ampia eccezione del termine.

Il raggiungimento della salute delle persone è visto coerentemente come il risultato di un insieme di fattori che determinano effetti sul benessere ed in particolare quelli sociali sono tra quelli che più direttamente influenzano il benessere individuale e della collettività.

Elemento essenziale per la valorizzazione di queste considerazioni è stata la sperimentazione delle Società della salute che sono state completamente recepite all'interno del piano. Il piano stesso si fa ulteriormente promotore della generalizzazione della formazione a livello locale dei Piani Integrati di Salute che vengono previsti per tutte le 34 zone/distretto e non soltanto per le 19 zone che sperimentano le Società della salute.

Il piano integrato di salute diventa quindi lo strumento strategico e unificato di programmazione integrata a livello locale ed è orientato, per sua natura, al raggiungimento di obiettivi di salute.

Il Piano regionale per l'integrazione sociale e sanitaria determina le strette connessioni tra i vari servizi sociali e sanitari, assicura la compatibilità e l'integrazione normativa e programmatica facendo diventare le Società della salute il perno di questa integrazione.

Istruzione**Effetto**

Una diretta influenza degli effetti del piano si registrano nel settore dell'istruzione, in particolare per le azioni relative al settore dei minori, della formazione e

dell'inserimento lavorativo. La promozione di interventi di sostegno ai nuclei familiari in difficoltà, al fine di rimuovere il disagio esistente, determina effetti immediati sul processo educativo del bambino. Analogamente un sistema che consente un adeguato processo di inclusione sociale ha un riflesso nello sviluppo del sistema integrato dell'offerta educativa e formativa a sostegno delle scelte individuali e sulla qualità del lavoro.

L'impatto è sempre molto significativo per quanto attiene la domanda culturale e sportiva, in particolare per gli interventi di sostegno delle fasce deboli e dei portatori di disabilità fisica, psichica e sensoriale, per i quali la possibilità di partecipare ad eventi sportivi rappresenta un concreto elemento di integrazione.

È evidente che l'inserimento lavorativo è la principale causa di un buon inserimento sociale. In mancanza dell'occupazione il bisogno sociale è destinato a connotarsi come bisogno di carattere assistenziale.

Infine, il sostegno alle pari opportunità di genere, che è comunque elemento trasversale di sistema, rappresenta una sinergia senza la quale le considerazioni espresse rappresenterebbero pura esercitazione.

Pari Opportunità

Effetto

Organizzazione, tempi e distribuzione carichi familiari

L'impatto del piano sociale nel settore delle pari opportunità investe trasversalmente gli ambiti della tutela dei diritti di cittadinanza, dell'universalità dell'accesso al sistema integrato di interventi e servizi, del gender mainstreaming, con particolare riferimento alle azioni di sostegno alle famiglie, di conciliazione dei tempi di vita e di redistribuzione dei carichi familiari e del lavoro di cura.

Lo sviluppo dei servizi e della qualità delle prestazioni, in un'ottica di raggiungimento di livelli di cittadinanza di base, si riflette anche sulle condizioni di parità tra uomo e donna, non soltanto nell'ambito della pari dignità di accesso alle prestazioni sociali, ma più in generale nella vita sociale di ogni persona.

Fra le azioni di piano il sostegno alle famiglie si configura come un insieme di azioni a carattere trasversale che tendono a valorizzare il loro ruolo nell'ambito della rete di protezione sociale, intervenendo in particolare in situazioni di disagio che spesso creano maggiori difficoltà alle donne più soggette a farsi carico dei problemi familiari.

Differenze di genere, mercato del lavoro e forme di segregazione

L'attuazione di un progetto per l'assistenza continuativa alle persone non autosufficienti, comprese azioni di sostegno per care giver professionali, costituisce uno degli obiettivi strategici del piano e si riflette in modo duplice nel settore delle pari opportunità di genere: se da un lato la formazione e l'inserimento nel mercato del lavoro di assistenti familiari costituisce un'opportunità professionale per molte donne, anche immigrate, d'altro canto l'apporto di un'assistente familiare permette di liberare risorse nei nuclei con persone non autosufficienti, altrimenti dedicate al

lavoro di cura, tradizionalmente svolto per lo più dalle donne di riferimento.

Il sostegno ai percorsi di uscita dalla prostituzione e dalle situazioni di violenza, abuso e tratta rappresenta uno strumento fondamentale per la tutela dei diritti delle donne e per la prevenzione, l'informazione, la cura, la riduzione del danno e il reinserimento delle persone colpite da fenomeni relativi a tale problematiche; fra le azioni di prevenzione, un impatto sulle politiche di genere è prodotto anche dalle azioni di contrasto delle situazioni di rischio derivanti da diverse concezioni del rapporto uomo-donna.

Linee generali per il monitoraggio del Piano Integrato Sociale Regionale

Il monitoraggio dei piani di zona/piani integrati di salute e dei progetti di interesse regionale, da effettuare attraverso strumenti che tengano conto anche del sistema di indicatori individuati nella valutazione di coerenza interna orizzontale, permette di verificare lo stato di attuazione ed il grado di realizzazione del Piano Integrato Sociale Regionale sia sul territorio, attraverso le politiche locali, sia a livello regionale per le azioni innovative di interesse regionale.

Il monitoraggio si attua attraverso vari strumenti:

- l'indagine censuaria annuale di rilevazione della spesa sociale effettuata in collaborazione fra ISTAT e Regione;

- il programma di valutazione e monitoraggio dei Piani Integrati di Salute realizzato in collaborazione con il Laboratorio MeS - Management e Sanità - della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa;

- le relazioni consuntive richieste ai sensi della *L.R. n. 41/2005* alle Zone/Società della salute relativamente all'attuazione dei programmi annuali di Zona/Sds.

Si prevede inoltre uno specifico monitoraggio da effettuare su tutto il territorio regionale, attraverso una sezione particolare della relazione consuntiva, sulla crescita dell'offerta sociale in termini di punti unici di accesso, segretariato sociale, servizio sociale professionale e servizio di pronto intervento sociale.